

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR

N°
95

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland LEVEN

Né à Paris, le 12 novembre 1905
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Leur guérison,
même dans les formes les plus graves

Président : M COUVELAIRE, professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINÉ
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
..... PARIS, 1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roland LEVEN

Né à Paris, le 12 novembre 1905
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Leur guérison,
même dans les formes les plus graves

Président : M COUVELAIRE, *professeur*

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
PARIS, 1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ CUNÉO.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	{ MAUGLAIRE.
	{ MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physiologie.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LÉROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale;
 CHIRAY. . . Clinique médicale.
 DEBRÉ. . . Clinique médicale
 DUVOIR. . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale
 MATTHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie,
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ		Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR MANUEL LEVEN
(1831-1912)

A MON PÈRE LE DOCTEUR GABRIEL LEVEN

A MA MÈRE ET A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR RUDAUX

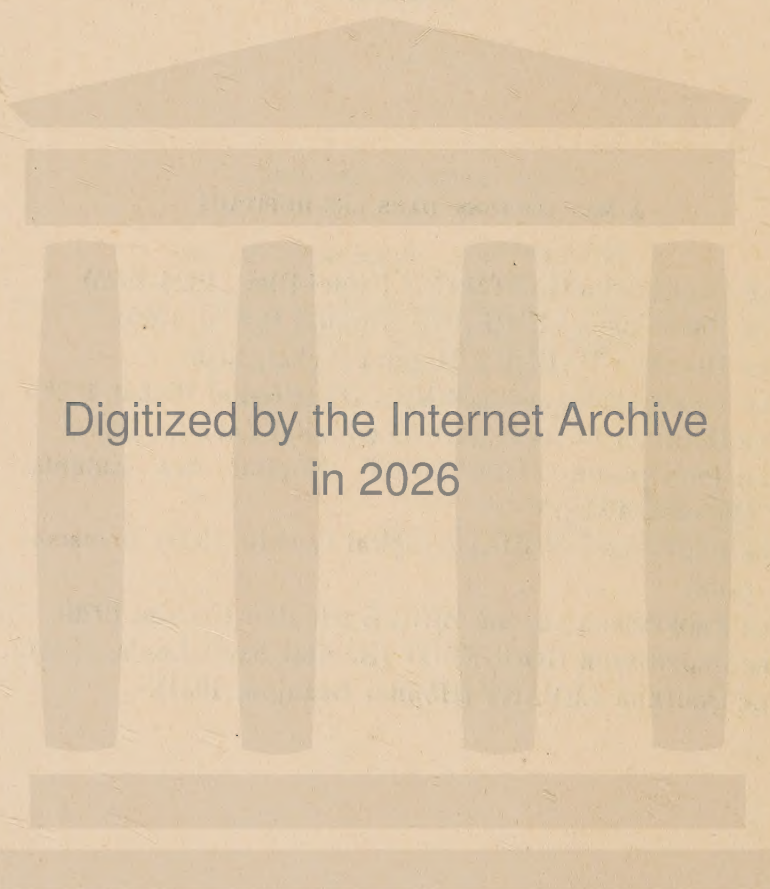
Accoucheur et Professeur en chef honoraire
de la Maternité de Paris

*Qui, le premier, a bien voulu expé-
rimer dans son service d'hôpital la
technique thérapeutique exposée dans
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

- M. LE PROFESSEUR HARTMANN (Hôtel-Dieu, 1924-1925).
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE (Hôpital Bichat, 1925).
M. LE DOCTEUR BAUDET (Hôpital Bichat, 1926).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT (Hôpital Bichat, 1926).
M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND (Hôpital Laënnec 1927).
M. LE PROFESSEUR NOBECOURT (Hôpital des Enfants-
Malades, 1928).
M. LE PROFESSEUR WIDAL (Hôpital Cochin, 1929) *in memo-
riam*.
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ (Hôpital Cochin, 1929).
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT (Hôpital Saint-Louis, 1930).
M. LE DOCTEUR LEVANT (Hôpital Beaujon, 1931).

A MM. LES DOCTEURS G. BARRET, PAUL BLUM, BURNIER,
COUDERT, DECOURT, DELESTRE, DESNOYERS, LEME-
LAND, LE LORIER, LÉOPOLD-LÉVI.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Leur guérison,
même dans les formes les plus graves

INTRODUCTION

« Le plus grand dérèglement de l'esprit, c'est de croire les choses parce qu'on veut qu'elles soient et non parce qu'on a vu qu'elles sont en effet. »

BOSSUET.

A une époque où la « paucinalité » constitue un danger pour le pays, une méthode thérapeutique qui permet d'éviter à la femme les tourments des Vomissements de la Grossesse, les dangers qu'ils entraînent et parfois l'avortement considéré généralement comme l'unique traitement des formes graves, mérite d'être exposée dans une thèse inaugurale.

Je présenterai dans ce travail la conception qui a conduit mon père, le Dr G. LEVEN, à établir un traitement qui embrasse toutes les formes des Vomissements de la Grossesse, quelle que soit leur gravité apparente, traitement d'une simplicité telle que tous ceux qui ont bien voulu l'appliquer, en comprenant l'importance de chaque détail clinique et thérapeutique, n'ont eu à enregistrer que des succès.

J'insiste sur ce fait, car trop souvent, mon père a été appelé auprès de malades chez lesquelles la méthode avait été utilisée imparfaitement et un échec entraînait la conviction pour le médecin et la famille qu'elle était inopérante.

J'étudierai ensuite, de façon impartiale, les différentes théories, actuellement existantes, écartant celles qui ne résistent pas

à la critique des faits, donnant aux autres leur valeur respective, de manière à réaliser une synthèse aboutissant à une compréhension aussi large que possible des matériaux apportés par chacun.

Le nom de mon grand-père, Manuel LEVEN, est évoqué à toutes les pages de ce travail : ce n'est qu'un légitime hommage à celui qui, 25 à 30 ans, avant ses contemporains, a entrevu le rôle du Plexus Solaire en pathologie digestive, en pathologie obstétricale, en pathologie générale.

Ce n'est que justice, car si mon père a édifié une *Thérapeutique des Vomissements de la Grossesse*, c'est grâce à la lecture de quelques pages d'un livre de Manuel LEVEN paru en 1884.

Ces pages, comme mon père l'a dit en maintes publications, lui avaient ouvert les yeux et laissé entrevoir les imperfections des données contemporaines relatives à une question si importante.

Cet hommage que je tenais à rendre à la mémoire de Manuel LEVEN coïncide avec le centenaire de sa naissance.

Ce savant médecin a su faire aimer sa profession à ses descendants ; il leur a enseigné par son exemple ce que doit être le rôle moral et social du médecin, le rôle utile et bienfaisant qu'un chercheur consciencieux peut jouer au cours d'une carrière honnêtement remplie.

Généralités

La thèse d'agrégation d'Alexandre GUÉNIOT. — L'étude des Vomissements de la Grossesse par Paul DUBOIS. — Sa critique par le Professeur PINARD : elle ne répond pas à la réalité. — L'influence de la Grossesse sur la femme ; elle est favorable ou défavorable. — Peut-on expliquer ces variétés d'action ? — La genèse des Vomissements de la Grossesse : Théorie gastrique de Manuel LEVEN (1884) ; technique thérapeutique de G. LEVEN, née des travaux de M. LEVEN. — Les Vomissements au cours de la Grossesse ne sont pas toujours dus à la Grossesse. — On peut les différencier : observations démonstratives.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alex. GUÉNIOT : Thèse d'Agrégation. Paris, 1863.
2. PINARD : Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet 1909.
3. LÉOPOLD-LÉVI : Le tempérament et ses troubles. J. Oliven édit. Paris, 1929.
4. FIEUX : Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie. Toulouse, septembre 1910.
5. METZGER : La pratique de l'art des accouchements, t. II. Vigot éditeur, 1927.
6. SOUBEN : Vomissements incoercibles de la grossesse traités et guéris par la méthode de LEVEN. Bulletins de la Société de Thérapeutique, 12 octobre 1927.
7. DUFOUR et COTTENOT : Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 5 février 1909.
8. PERRIN : Thèse de Paris, 1910.

Généralités

« La grossesse étant par elle-même une fonction, un état purement physiologique, il semblerait qu'elle dût être pour la femme exempte de tout danger et aussi inoffensive que les autres actes fonctionnels de l'économie. Tel n'est pas cependant son caractère constant et invariable. Tandis, en effet, que chez certaines femmes elle n'est accompagnée d'aucun trouble notoire de la santé, que parfois même elle semble exercer sur l'organisme une influence salubre, chez d'autres, au contraire, elle devient la source d'une foule d'incommodités, de troubles fonctionnels qui mettent la vie en péril. » (1) C'est en ces termes qu'Alexandre GUÉNIOT commence sa thèse d'agrégation, présentée au concours de 1863 sur les « Vomissements Incoercibles pendant la grossesse », œuvre magistrale qui n'a pas occupé dans l'histoire de cette affection la place qu'elle aurait dû avoir.

Pour la première fois, la question est envisagée dans son ensemble, sans idée préconçue, avec le désir d'embrasser le plus grand nombre de faits.

Ce qui manque à cet ouvrage, c'est peut-être l'unité, le lien qui réunit des éléments au premier abord disparates et surtout des conclusions thérapeutiques. Au milieu de tant de données, l'auteur semble n'avoir pas osé choisir : aussi son lecteur n'a-t-il pas su choisir.

On a par contre le droit de se demander pourquoi le nom de Paul DUBOIS a été si fortement attaché à l'étude des vomissements de la grossesse. Est-ce pour en avoir

donné une description schématique, commode pour l'enseignement, mais inexacte à trop de points de vue ? On me permettra d'invoquer ici l'autorité du Professeur PINARD : « Depuis plus de 30 ans, je n'ai cessé d'observer avec autant de soin que possible les femmes enceintes atteintes de vomissements, soi-disant simples ou incoercibles. Eh bien, je déclare que je n'ai jamais vu évoluer chez elles les 3 périodes précisées par Paul DUBOIS... ; je n'en ai jamais vu ayant présenté soit une première, soit une deuxième, soit une troisième période caractéristique (2) ».

Malgré cela tous les manuels d'accouchement continuent à adopter cette division. L'esprit humain a toujours tendance à rechercher des cadres satisfaisant son besoin de simplification ; sans se préoccuper de savoir s'ils répondent à une réalité, il préfère déformer les faits pour adapter le contenu au contenant.

Je ne craindrai même pas d'aller plus loin et de me demander si la description de DUBOIS n'a pas fait naître dans l'esprit du médecin un sentiment de fatalité, d'irresponsabilité qui l'a entravé dans sa lutte contre le mal.

Néanmoins, son autorité, son talent ont déterminé une véritable impulsion dans l'étude des vomissements de la grossesse : il faut le reconnaître.

Ce point d'histoire précisé, pourquoi la grossesse a-t-elle une influence aussi variable sur la femme ? La réponse est relativement facile actuellement, car l'on commence à entrevoir certains éléments de la physiologie de la gestation. A partir de l'instant où s'est effectuée la jonction du spermatozoïde et de l'ovule, se déclenchent des modifications profondes dans l'organisme maternel : système nerveux, glandes endocrines, humeurs. Si l'organisme est en état d'équilibre, la secousse, si forte soit-elle, est parfaitement supportée. Mais si des altérations, héréditaires ou acquises, en ont rompu l'équilibre, la gestation provoque des troubles ou les modifie. Cette opinion, dira-t-on, semble démentie par le fait que certaines femmes ont une santé améliorée par la grossesse.

Ce n'est là, pensons-nous, qu'une apparence ou tout au plus une réalité passagère : l'augmentation de volume de l'utérus par une action mécanique, la faculté de l'organisme à réagir contre l'insuffisance de ses moyens réalisent ce que Léopold Lévi a très judicieusement appelé « l'autothérapie de la grossesse (3) ».

Pour la majorité des auteurs, il n'est pas de différence essentielle entre les vomissements légers ou graves, il n'y a qu'une question de degré : « C'est là, je crois, une vérité acceptée par tous et qui n'a pas besoin de discussion, à savoir que c'est le symptôme banal du début de la grossesse, qui progressivement et par étapes plus ou moins rapidement franchies, peut arriver à la complication grave et mortelle » (4).

Pourquoi considérer avec METZGER (5) des vomissements simples et des vomissements graves, « maladie émétisante », puisque la gravité dépend uniquement du terrain sur lequel ils apparaissent et de l'absence d'une thérapeutique adéquate.

METZGER réserve d'ailleurs le nom de maladie émétisante aux vomissements dont « le pronostic est fatal, si on n'interrompt pas la grossesse ». Or notre thèse est destinée à montrer que l'avortement n'est jamais justifié, puisque tous les vomissements guérissent médicalement, si l'on met en œuvre une thérapeutique appropriée.

Cette affirmation découle d'une expérimentation portant sur une cinquantaine d'années d'observation de malades traitées par mon grand-père, mon père et moi-même, ou soignées durant ces dernières années par des accoucheurs ou des médecins ayant adopté nos idées.

La simplicité de notre technique est telle que le Dr SOUBEN (de Pont l'Abbé), ignorant les travaux de G. LEVEN, a pu sur le simple interrogatoire d'une malade guérie par lui, réunir un nombre d'éléments suffisants pour soigner et guérir une série de vomisseuses (6).

Malgré cette simplicité, une minutie extrême s'impose, si

l'on souhaite réussir toujours. Faute d'avoir observé certains détails, en apparence insignifiants, nous avons vu des malades continuer à vomir jusqu'au moment où la faute de technique était trouvée et corrigée.

Mon père raconte volontiers à ce sujet l'anecdote suivante : il est rappelé un jour auprès d'une malade qui, malgré le traitement, continue à vomir. En entrant dans sa chambre, il est frappé par l'aspect de la bouteille contenant la potion bromurée prescrite ; au lieu d'être à peu près vide, elle est encore à moitié pleine. Il s'informe et on lui apprend que la femme de chambre, soucieuse de ne pas mouiller les draps du lit, remplit à moitié la cuillère.

Il prend alors la bouteille, remplit la cuillère... en arrosant même un peu les draps et la tend à la malade. Les vomissements cessèrent aussitôt.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que les vomissements tenant à l'existence de la grossesse, car « la grossesse n'affranchit pas la femme des causes multiples qui peuvent dans l'état habituel et en dehors de la gestation provoquer chez elle des Vomissements Incoercibles » (1).

De nombreux cas de ce genre ont été observés, en particulier par LÉVY-SOLAL et LARDENNOIS (occlusion intestinale) ; par DELAGÉNIÈRE, TOUPET (appendicite), par BOEHM (kyste de l'ovaire), par HESSLOP, de Birmingham (épanchement pleural), par DUFOUT et COTTENOT (crises gastriques du tabes).

Ce qui est intéressant à noter, c'est que, quelle que soit la lésion organique provocatrice, les vomissements prennent une allure spéciale qui rappelle celle de la grossesse au point que l'on peut parfois se demander s'il faut les rattacher à la grossesse ou à l'autre cause présente.

Cette discussion est tout particulièrement valable dans le cas rapporté par MM. DUFOUT et COTTENOT (7). Il s'agissait d'une femme de 29 ans, enceinte de 3 mois et vomissant de façon continue. Une première grossesse s'était terminée au 6^e mois par un avortement, à la suite de vomissements

ayant entraîné un amaigrissement considérable. Au moment de son entrée à l'hôpital, les auteurs notent une sialorrhée abondante, de la céphalalgie, du hoquet, des douleurs vives dans les flancs, un grand amaigrissement (40 kgr. 500) et une légère accélération du pouls.

En outre, l'examen permet de mettre en évidence des signes de tabes que confirme une ponction lombaire. Sous l'influence de la thérapeutique classique (lavement et injections de sérum, ingestion de petites quantités de lait glacé avec reprise graduelle de l'alimentation), les vomissements cessent peu à peu.

Je ne pense pas qu'il s'agisse là de crises gastriques du tabes, bien que PERRIN (8), dans sa thèse sur les *Vomissements graves de la Grossesse dans leurs rapports avec les lésions du Système Nerveux*, cite cette observation comme crises gastriques ayant l'allure de vomissements incoercibles. Le tableau clinique avec début 3 semaines après les dernières règles, sialorrhée abondante, amaigrissement, guérison par la thérapeutique gastrique, ou peut être spontanée au 4 mois, rappelle peu la crise gastrique du tabes à laquelle fait penser seule la coexistence de signes de sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

S'il y avait eu des antécédents gastriques tabétiques, si la crise avait été plus courte, si le traitement antisypilitique gastrique avait été tenté à titre d'épreuve, mon opinion serait tout autre.

Il me semble qu'on ne peut dans ce cas attribuer à la syphilis autre chose qu'une action sur le terrain nerveux préparatoire.

Nous possédons, mon père et moi, deux observations remarquablement intéressantes de vomissements incoercibles où le traitement a permis de dissocier l'action de la grossesse et celle de la maladie en cause.

G. LEVEN est appelé dans un hôpital de la banlieue auprès d'une jeune femme atteinte de vomissements incoercibles si graves qu'elle était presque inconsciente à la première

visite. La réalimentation fut commencée au moyen d'une sonde nasale, la malade étant dans l'incapacité d'avaler. Son état se transforma très vite ; les vomissements cessèrent complètement, mais reprirent 15 jours plus tard sous l'influence d'une cause toute différente... Quelques jours après, elle mourait de méningite tuberculeuse.

En janvier 1931, le Dr RUDAUX nous adressait à la consultation de l'Hôtel Dieu une malade récemment accouchée d'un enfant mort quelques jours après la naissance, et continuant à vomir, comme au cours de sa grossesse. Notre confrère ne l'avait vue qu'après l'accouchement.

Un examen radiologique avait montré l'existence d'une sténose œsophagienne bas située. Malgré l'absence de signes nets de spécificité, nous instituons un traitement de suppositoires mercuriels et de Lipiodol.

Les vomissements cessent très vite et la malade engraisse de 14 kgs. en 7 mois.

Au début d'août, les vomissements reparaissent, mais à cause de la période de vacances, nous ne la revoyons qu'au début d'octobre. Comme ses règles étaient suspendues, nous l'adressons au Dr LEVANT, pour savoir s'il existe une nouvelle grossesse. La réponse fut positive et nous la faisons entrer à l'Hôpital Beaujon.

Tous nos efforts furent vains. L'avortement fut même pratiqué sans modifier la situation et elle succomba 4 jours après l'intervention. L'autopsie montra l'existence d'un rétrécissement très serré de l'œsophage sur une longueur de 6 centimètres, surmonté d'une dilatation très nette.

Il est vraisemblable que la grossesse avait provoqué une évolution suraiguë d'une lésion qu'un équilibre physiologique empêchait d'évoluer.

Théorie gastrique des vomissements de la grossesse

Il n'y a pas de vomissements incoercibles de la Grossesse, disait Manuel LEVEN dans son livre : *Estomac et Cerveau* (1884). La méconnaissance de la dyspepsie des femmes enceintes crée les vomissements et les rend incoercibles.— Gabriel LEVEN, de 1913 à 1930 met successivement au point les vomissements de la Grossesse dus à la Dyspepsie, puis ceux qui sont liés à la dilatation atonique de l'estomac et enfin ceux qui dépendent de l'Aérophagie. Il fait entrer dans ces 3 cadres tous les cas observés durant ces nombreuses années. — Il édifie graduellement une technique thérapeutique, actuellement définitive.

De très nombreuses observations personnelles ou recueillies par des accoucheurs (RUDAUX, DELESTRE, COUDERT, LEMELAND, DESNOYERS, LE LORIER, LEVANT, etc.), montrent le bien fondé de cette conception et de la thérapeutique qui en découle. — La statique abdominale étudiée radiologiquement par J. THOMAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. RUDAUX : Conférence à la Clinique Baudelocque, mars 1931.

2. LOUIS MALET : Débilité gastrique et vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1919.

3. RAULOT-LAPOINTE et J. THOMAS : Quelques modifications apportées par la grossesse à la statique des organes abdominaux et thoraciques. *L'Obstétrique*, 1911, p. 1116-1150.

4. J. THOMAS : L'aérophagie gravidique du début de la grossesse. La ptose gastrique et la ptose intestinale après l'accouchement ; thèse de Paris, 1912.

5. Manuel LEVEN : Estomac et Cerveau, 1884, G. Masson, éditeur.

6. Gabriel LEVEN : La Dyspepsie, 1913, 1^{re} édition et 1922, 2^e édition. G. Doin, éditeur.

— Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse ? Société de Thérapeutique, séance du 10 mai 1922 et Société d'Obstétrique et de Gynécologie, séance du 12 juin 1922.

— Vomissements incoercibles de la grossesse, traités à la veille de l'avortement décidé et guéris (en collaboration avec Em. COUDERT). Soc. de Thérapeutique, séance du 11 novembre 1925.

— Données nouvelles sur la pathogénie et la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse (en collaboration avec Em. COUDERT). C. R. Acad. des Sciences, séance du 1^{er} février 1926.

— Deux symptômes à discuter : la tachycardie et la diminution des urines au cours des vomissements incoercibles de la grossesse. *Presse médicale* du 3 décembre 1927.

— Cure radicale des vomissements de la grossesse et des troubles dyspeptiques variés chez la femme enceinte. *Monde médical*, 15 avril 1928.

— Cure radicale des vomissements incoercibles de la grossesse à tous degrés de gravité. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1928.

— Vomissements incoercibles de la grossesse et accoucheurs. *La Clinique*, février 1929, A.

— Cure radicale de tous les vomissements, même incoercibles, au cours de la grossesse. Conférence aux Journées médicales de juin 1929.

— Tous les Vomissements de la grossesse sont curables : *Pratique médicale française*, juin 1929, B.

— Cure radicale de tous les vomissements de la grossesse. Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, publiée par les *Echos de la Médecine*, 1^{er} avril 1931.

Théorie gastrique des vomissements de la grossesse

En 1884, dans son livre *Estomac et Cerveau*, Manuel LEVEN écrivait : « Les vomissements de la femme enceinte ont été considérés par les auteurs comme étant souvent incoercibles. Les pathologistes les plus éminents, CHOMEL, WALLEIX, etc. s'en sont occupés ; le sujet a attiré surtout l'attention des accoucheurs, Paul DUBOIS et d'autres.

La première question qui se pose à l'esprit est celle-ci : y a-t-il des vomissements incoercibles qui se développent fatalement ? Ils ne sont pas signalés seulement chez la femme enceinte, mais chez les gens nerveux. Je ne parlerai que de ceux de la femme enceinte. Dans certains cas ils prennent une telle intensité que la femme peut mourir d'inanition et pour sauver la femme et l'enfant les médecins provoquent l'accouchement prématuré.

Les vomissements dits incoercibles occupent une place importante dans les traités de clinique classiques. Existents-ils, en réalité ? La grossesse peut-elle déterminer des vomissements qu'on est impuissant à enrayer ?

C'est là, j'en suis convaincu, une erreur due aux erreurs mêmes de la pathologie pour tout ce qui est relatif à la question des maladies de l'estomac. Le jour où la femme devient enceinte, le plexus solaire s'irrite et la dyspepsie se produit.

La femme n'a plus d'appétit ou bien a un appétit capricieux, désordonné, des envies bizarres ; elle a le dégoût de

la viande ; elle ne recherche que des boissons nuisibles à l'estomac, des aliments mauvais.

La grossesse a ouvert la voie à la dyspepsie ; la femme enceinte a des crampes, vomit de l'eau. Sa nouvelle manière de vivre qu'elle institue elle-même, de sa propre autorité, appuyée de celle de l'accoucheur qui pense qu'avant tout il ne faut pas contrarier une femme enceinte et qu'on doit la laisser obéir à ses instincts, aggrave tous les phénomènes dyspeptiques. La femme sera rapidement tout à fait malade.

Si l'irritation du plexus solaire est vive, pas le moindre aliment solide ne sera toléré. Les vomissements commencent parce que le régime est confié au hasard. La femme ne se nourrissant pas s'affaiblit de plus en plus et bien souvent l'inanition se produit.

Que, dès le début, le régime qui convient à un plexus irrité soit donné, composé uniquement de potages, œufs, lait, café, etc., on ne verra pas paraître ces vomissements terribles, qu'on a appelés incoercibles et dont on a favorisé le développement.

Il est facile de comprendre que si, dès le début, la femme est livrée à toutes les aberrations de son goût, à toutes les excentricités d'un appétit morbide, si elle peut prendre librement du champagne, du rhum, des fraises, comme cela se voit journellement, elle a bien des chances d'arriver aux vomissements incoercibles.

Qu'elle soit conseillée par un médecin comprenant l'état de l'estomac, rien de semblable n'est à craindre. La dyspepsie nese développera pas : pendant le premier mois, elle ne tolérera peut-être pas la viande, le pain, mais qu'importe !

Après ce premier mois où elle aura été alimentée en quantité suffisante avec des aliments non excitants, lait, potages, etc., le plexus solaire aura retrouvé son équilibre, un appétit normal reparaitra, la soif aura disparu et elle recommencera à se nourrir sagement, rationnellement ; sa nutrition ne sera plus compromise ».

Après avoir cité quelques observations frappantes, Manuel LEVEN termine ainsi : *La conclusion à tirer de toutes ces observations, c'est qu'il n'y a pas, en réalité, de vomissements incoercibles ; c'est là un terme malheureux à rayer de la médecine ; il a été inspiré par l'erreur, il faut le faire disparaître.*

J'ai cru devoir citer intégralement ces lignes écrites par Manuel LEVEN, car elles contiennent en germe les deux notions qui ont guidé mon père dans ses recherches sur les vomissements de la grossesse, à savoir : 1^o Les vomissements de la grossesse sont des vomissements dyspeptiques banaux, déclenchés ou aggravés par cet état. 2^o Les vomissements ne deviennent incoercibles que si la thérapeutique opportune n'est pas instituée.

En 1913, dans la 1^{re} édition de son livre la *Dyspepsie*, Gabriel LEVEN ayant vérifié sur une série de vomisseuses les assertions de Manuel LEVEN écrivait : « Il y a en effet, un grand nombre de femmes enceintes qui vomissent, parce qu'elles sont des dyspeptiques banales. La grossesse fait oublier l'état dyspeptique ; les accoucheurs rattachent ces vomissements à l'état névropathique ou à des intoxications et la dyspepsie est abandonnée à elle-même. Tantôt, on laisse les malades s'alimenter de façon bizarre et je pourrais vous conter à cette occasion des histoires qui vous égaieraient, si les conséquences n'en étaient pas tragiques ; on perpétue ainsi l'état dyspeptique et les vomissements.

Tantôt, sous prétexte de névrose, on s'imagine que la suggestion guérira la malade qu'elle n'influence cependant pas ».

J'insiste sur la façon dont G. LEVEN exprimait son opinion à cette époque, déjà lointaine : il ne parle que d'un « grand nombre de femmes » et non pas de « toutes les femmes ».

S'il utilise cette formule prudente, c'est qu'il n'a pas encore observé un nombre suffisant de vomisseuses pour affirmer le rôle unique de la dyspepsie et que dans quelques cas la guérison est encore lente à paraître.

Il semble que certains éléments échappent encore à son

investigation. Analysant les cas rebelles, il s'aperçoit que souvent la guérison survient à 4 mois ou à 4 mois et demi chez des femmes, en général maigres et dont la fin de grossesse constitue une période de mieux être ou de bien-être extraordinaire.

Ces différents éléments l'amènent à penser que, sous l'influence de l'augmentation de volume de l'utérus, il existe peut-être un mouvement d'ascension des viscères qui rectifie une ptose gastrique préexistante.

La recherche systématique de la *douleur-signal* et des symptômes réflexes dus à la ptose viscérale vérifie cette hypothèse. Cette notion comporte d'emblée une sanction thérapeutique, remarquablement intéressante, puisqu'il suffit de relever l'abdomen dès le début de la grossesse pour obtenir un résultat que la femme devait auparavant attendre 4 mois et plus.

Malgré la thérapeutique de la dyspepsie, malgré le traitement de la ptose, il est cependant des cas où les vomissements persistent... C'est alors que G. LEVEN est frappé par l'existence d'une sialorrhée intense avec déglutition continue de la salive chez une de ses malades. Connaissant le rôle de l'aérophagie dans certains vomissements, il se demande si ce n'est pas là, étant donné la fréquence de la sialorrhée au cours de la grossesse, un facteur nouveau à étudier.

Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable qu'il avait déjà vérifié l'association fréquente de la ptose et de l'aérophagie et le rôle du réflexe gastrosalivaire dans la pathogénie de cette affection.

A partir de ce moment, il n'enregistre plus aucun échec, quelle que soit la gravité de l'état de la malade.

En mai 1922, il publie à la Société de Thérapeutique une note intitulée : « Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse ? » dans laquelle il expose ses recherches et affirme que les vomissements dits incoercibles sont très souvent curables et aisément curables.

En juin 1922, à la suite d'observations particulièrement démonstratives, il vient affirmer à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, que *tous les vomissements incoercibles sont curables*, alors même que l'avortement a été décidé par les spécialistes sur la foi des symptômes qui classiquement légitiment cet acte.

Certains accoucheurs objectèrent que la formule était peut-être trop catégorique... Dix années ont passé depuis lors : plusieurs centaines d'observations nouvelles (dont une série relative à des vomissements diagnostiqués incoercibles par des accoucheurs), un nombre toujours plus grand d'adeptes à sa technique thérapeutique démontrent comment les données d'observations cliniques rigoureuses résistent mieux aux assauts du temps que certaines théories adaptées aux recherches scientifiques du jour.

Au cours de ces dix années, perfectionnant peu à peu sa technique, mettant au point certaines particularités qui s'offraient graduellement à sa vue, G. LEVEN publie une série d'articles sur cette question.

En 1925, il apporte à la Société de Thérapeutique, avec Emile COUDERT, cinq observations de vomissements très graves, montrant comment il fallait interpréter la diminution des urines et la constipation des malades inanitiées.

En 1926, il résume à l'Académie des Sciences l'ensemble de ses conceptions.

En 1927, il étudie à nouveau dans la *Presse médicale* (3 décembre) la diminution du taux des urines qu'il interprète comme un fait physiologique, utile, contrairement à l'opinion générale ; il montre aussi la signification de la tachycardie.

En 1928, dans le *Monde médical* (1^{er} et 15 avril), il publie de nouvelles observations avec une description de sa technique thérapeutique. Cette même année, il rapporte 19 observations de vomissements graves ou très graves dans la *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*.

En 1929, dans *La Médecine* (avril) et dans la *Pratique*

médicale française (juin), il précise certains détails du sujet, particulièrement en ce qui concerne le traitement.

En mars 1931, le Dr RUDAUX consacre, dans le service du professeur COUVELAIRE, une remarquable leçon clinique aux vomissements de la grossesse et y fait une très large part aux idées de G. LEVEN. Il termine sa leçon en disant que tous les cas de son service, traités depuis plus de 3 ans par la méthode de LEVEN, ont été guéris avec une rapidité remarquable, quelle que fût la gravité apparente du mal. Durant toute cette période, il n'a pas pratiqué un seul avortement.

Un mois plus tard, mon père faisait à l'Hôtel-Dieu une conférence sur ce sujet et remerciait les accoucheurs qui lui avaient fait confiance les premiers, RUDAUX, COUDERT, DELESTRE, LEMELAND... dans des circonstances parfois tragiques, puisque se trouvaient réunis tous les symptômes qui classiquement légitiment l'avortement et qu'en cas d'échec, un tribunal eût été en droit de prononcer une condamnation pour faute lourde, comme un de ses confrères le lui fit un jour remarquer.

Je me crois donc autorisé à dire que la théorie gastrique des vomissements de la grossesse appartient bien à Manuel et à G. LEVEN. Peu d'auteurs ont étudié cette question, du point de vue gastrique. En 1914, dans la *Revue Ibéro-américaine*, Antonio LORA CRUZ montre dans deux cas de vomissements de la grossesse une augmentation de l'H Cl libre, alors que l'H Cl combiné reste à un taux normal.

La guérison fut obtenue par le traitement gastrique.

En 1919, dans une thèse sur la *Débilité gastrique et Vomissements Incoercibles de la Grossesse* Louis MALET (2) étudie chez deux malades, non seulement le chimisme gastrique, mais encore la cytologie du liquide gastrique. Il conclue en disant que « l'examen du fonctionnement gastrique doit être pratiqué dans tous les cas. Outre qu'il permet d'éliminer des causes banales de vomissements, comme le cancer et l'ulcère, il permet en les décelant de traiter des

lésions minimales qui passeraient inaperçues, si on ne les recherchait attentivement par les moyens de laboratoire ».

Je ne saurais souscrire à cette remarque, car, si même on trouve des altérations anatomiques, il est impossible d'affirmer qu'elles sont la cause ou l'effet du vomissement.

Enfin et surtout on sait actuellement la valeur qu'il faut attribuer au chimisme gastrique !

Bien plus intéressantes sont les recherches de RAULOT-LAPOINTE et J. THOMAS sur « quelques modifications apportées par la grossesse à la statique des organes abdominaux et thoraciques » (3) et la thèse de J. THOMAS (4) sur *L'Aérophagie gravidique du début de la Grossesse et la Ptose Gastrique après l'accouchement*.

Dans ce dernier travail, dont nous reparlerons plus loin. THOMAS expose les résultats de l'examen radiologique de 72 femmes au cours de la grossesse, quelques-unes étant observées des premières semaines jusqu'au terme et même après le terme. Il a constaté chez presque toutes un développement anormal de la poche à air gastrique qu'il appelle physiologique.

Ce terme ne nous apparaît pas exact, puisque THOMAS décrit chez ces malades des nausées, de l'anorexie, du ballonnement abdominal.

Il réserve le nom de pathologique à l'aérophagie s'accompagnant de vomissements et l'attribue à l'augmentation de la salivation.

Il termine la première partie de sa thèse en citant une très intéressante observation de vomissements incoercibles rattachés par lui à l'aérophagie, grâce à l'examen radioscopique et guéris malgré l'avortement décidé.

Ce court historique montre bien qu'en dehors des travaux de THOMAS, le sujet n'a guère été observé du point de vue gastrique.

Étude clinique des vomissements de la grossesse

G. LEVEN décrit 3 formes cliniques de vomissements de la grossesse :

I. *La forme dyspeptique pure* ; ses symptômes, douleur solaire, tension douloureuse, pesanteur, dyspnée, brûlures, viciations de la faim, nausées et vomissements, une observation type.

II. *La forme dyspeptique avec aérophagie* : recherches radiologiques de J. THOMAS ; la sialorrhée, sa pathogénie, sa fréquence, son abondance. — Symptômes cliniques de l'aérophagie : les petits signes, renseignements fournis par l'inspection et la percussion abdominales. Le clapotage gastrique, signe d'aérophagie, n'est pas un signe de dilatation. — Les vomissements chez les aérophages : observations types.

III. *La forme dyspeptique avec dilatation atonique de l'estomac* : influence de la grossesse sur la dilatation qu'elle exagère au début et influence favorablement dès le 4^e mois, étude morphologique des ptosées.

Diagnostic : La « Douleur-Signal ». Symptômes orthostatiques liés à la dilatation atonique de l'estomac : une observation type.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAUSSURE : Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. Thèse de Nancy, 1909.
2. TARNIER et BUDIN : Traité de l'Art des Accouchements, t. II. Paris, 1888.
3. Manuel LEVEN : Estomac et Cerveau. Masson éditeur, Paris, 1884.
4. BRINDEAU : L'appendicite au cours de la grossesse ; leçons du jeudi soir à la Clinique TARNIER, 3^e année, 1926.
5. Alb. MATHIEU : L'aérophagie inconsciente chez les dyspeptiques in *Pathologie gastro-intestinale*. Doin éditeur, 1909.
6. A. MICHEL : Complications buccales de la grossesse et en particulier la sialorrhée. Thèse de Nancy, 1899.
7. J. THOMAS : L'aérophagie gravidique du début de la grossesse ; la ptose gastrique et la ptose intestinale après l'accouchement. Thèse de Paris, 1912.
8. BONNAIRE : Séméiologie des vomissements incoercibles de la grossesse. *Presse médicale*, 1908, n^o 72, p. 569.
9. VINAY : Traité des maladies de la Grossesse. Paris, 1894.
10. VERNEUIL : Article grossesse in Dictionnaire Dechambre.
11. G. LEVEN : L'aérophagie, 2^e édition, Doin éditeur.
12. G. HAYEM : La sialophagie : *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, n^o 1, 1907.
13. Alb. MATHIEU et J. Ch. ROUX : Les vomissements pituiteux œsophagiens. *Pathologie gastro-intestinale*. Paris, 1909, Doin éditeur.
14. G. LEVEN : La dilatation pupillaire en pathologie gastrique. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 12 janvier 1916.
15. G. LEVEN : L'aérocolie pelote gastrique, son action sur la dilatation atonique de l'estomac (en collaboration avec G. BARRET). *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 10 août 1929 et *La Clinique*, octobre 1929, A.

Etude clinique des vomissements de la grossesse.

Dans ses diverses publications G. LEVEN décrit 3 formes cliniques des vomissements de la grossesse :

- 1° Une forme dyspeptique pure ;
- 2° Une forme dyspeptique avec aérophagie ;
- 3° Une forme dyspeptique avec dilatation atonique de l'estomac.

C'est là évidemment une description un peu schématique, car l'on voit fréquemment la dilatation atonique se compliquer d'aérophagie. Nous conserverons cependant cette division dans notre travail pour en simplifier l'exposé.

I

FORME DYSPEPTIQUE PURE

On a objecté à G. LEVEN la remarque suivante : admettant que la dyspepsie existe à l'origine des vomissements, pourquoi apparaît-elle à l'occasion de la gestation ? La réponse nous semble facile, si l'on se reporte à la définition de la dyspepsie qu'il a donnée dans tous ses livres : « La dyspepsie est l'hyperesthésie du plexus solaire, accompagnée ou non de troubles moteurs, sécrétoires, trophiques gastriques, accompagnée ou non de symptômes extragastri-

ques variables qui peuvent, au cours de l'évolution de la dyspepsie, persister seuls, l'estomac paraissant normal ».

Tantôt, en effet, l'hyperesthésie s'accuse par des manifestations plus ou moins douloureuses ; la malade « sent son estomac » sous forme de pesanteurs, brûlures, crises douloureuses, etc. Tantôt, l'irritation solaire persiste inconsciente, la malade ne percevant plus que des réactions secondaires au niveau de centres nerveux, souvent lointains (céphalées, névralgies intercostales, asthme gastrique, cystalgie, etc).

C'est dire qu'avant d'affirmer qu'une malade n'était pas dyspeptique avant sa grossesse il convient d'analyser soigneusement ses antécédents qui révéleront souvent un passé gastrique éloigné, des vomissements acétonémiques dans l'enfance, par exemple.

Ajoutons, pour éviter tout malentendu, que nous sommes loin de penser que toutes les femmes ayant des vomissements au cours de leur grossesse sont d'anciennes dyspeptiques.

La gestation, à elle seule, est capable de provoquer l'hyperesthésie du plexus solaire et cela, soit par des causes gastriques, soit plus souvent peut-être par des causes extra-gastriques.

Nous avons vu précédemment, que sous prétexte de satisfaire les caprices des femmes enceintes, on leur laisse prendre une alimentation quelque peu désordonnée. Or ces caprices sont la conséquence d'une viciation pathologique de la faim, ou le résultat de conversations avec des parentes ou des amies, elles-mêmes dyspeptiques au cours de leurs grossesses et livrées à leurs fantaisies. Il n'en faut pas plus pour déterminer l'hyperesthésie du plexus solaire.

D'autre part, la grossesse engendre fréquemment de la constipation ou aggrave une constipation antérieure. Cet incident qui effraie la femme en temps normal la terrifie, lors de la grossesse, car son entourage, son accoucheur même étalent à ses yeux les dangers de l'intoxication intes-

tinale. Aussi a-t-elle recours à des laxatifs, à des purgatifs qui irritent son estomac, ses intestins et qui sont à eux seuls capables de provoquer des troubles gastriques.

La clinique montre que dans certains cas les vomissements sont d'une précocité telle que les causes gastriques ne peuvent entrer en ligne de compte. SAUSSURE donne dans sa thèse (1) une observation où les vomissements débutèrent dès la fin des règles, une autre où ceux-ci apparurent 15 jours après le mariage, à l'époque où devaient se produire les règles. TARNIER et BUDIN citent dans leur *Traité de l'Art des Accouchements* (2) le cas de la malade de MONTGOMÉRY qui « se maria le lundi et dont les vomissements débutèrent le samedi ». La date de l'accouchement confirma l'opinion que la fécondation avait été déterminée par les premiers rapports sexuels.

Parfois même, des femmes multipares sont averties de leur état par des troubles des fonctions digestives avant de l'être par la suppression des règles. Que se passe-t-il donc dans ces cas ? Il semble que seule, l'irritation du système nerveux sous l'influence de modifications endocriniennes puisse être invoquée.

Or, le plexus solaire est le centre nerveux le plus sensible. « L'estomac placé entre l'organe essentiel de la vie intellectuelle, le cerveau, et les organes de la vie végétative, subissant toutes leurs influences à l'état de santé et dans la maladie, est en réalité le souffre douleur de l'économie ». C'est un véritable cerveau abdominal, « composant avec les aliments qu'il emprunte au monde extérieur le corps, comme le cerveau compose avec les images du monde extérieur qu'il porte au moi nos facultés, notre intérieur spirituel » (3). Cette impressionnabilité du plexus solaire explique pourquoi l'estomac est le premier organe atteint et frappé de préférence à tout autre.

DOULEUR SOLAIRE.

Le plexus solaire réagit parfois sous forme de douleurs, mais cet élément est loin d'être constant et affecte, lorsqu'il existe, une intensité variable. Il est exceptionnel d'observer des douleurs intenses à type péritonéal, comme dans l'observation suivante recueillie par G. LEVEN.

« Le Dr LEMELAND m'appelle auprès d'une malade de son service de la Maternité, Mme A..., âgée de 26 ans. Une grossesse antérieure en 1925 a déterminé des vomissements dont la gravité fut telle que l'avortement fut pratiqué par le Professeur COUVELAIRE.

Le 27 novembre 1928, lorsque je vois la malade pour la première fois, la situation présente les mêmes caractères qu'en 1925 et le mari réclame avec insistance l'avortement pour sauver sa femme. La grossesse actuelle a deux mois et demi et c'est à la même époque de la grossesse que l'avortement antérieur fut décidé.

Etat actuel très impressionnant : facies inquiétant, langue sèche, tachycardie, urines rares, acétonémie, teinte subictérique des conjonctives. La malade ne garde plus rien : on utilise l'alimentation par le goutte à goutte rectal.

Je ne trouve ni dilatation gastrique, ni aérophagie pour expliquer les vomissements. Il s'agit d'un cas infiniment plus rare, d'un cas où des crises solaires seules interviennent dans la genèse du mal. La preuve en est fournie par une hyperesthésie du plexus solaire telle que le moindre contact de la région épigastrique arrache des cris à la femme. La peau de l'abdomen est également hyperesthésiée au plus haut degré.

Le traitement est commencé. Sept heures après la mise en œuvre de mes conseils, le Dr LEMELAND revoit Mme A... Il est déjà mieux impressionné. Vingt-quatre heures plus tard, le 28 novembre, les progrès sont déjà très notables : mine transformée, teinte des conjonctives normale, ralentissement du pouls, diurèse augmentée, diminution impor-

tante des vomissements. La malade a conservé la moitié des liquides absorbés.

Je me crois autorisé à rassurer le mari et à lui promettre la guérison de sa femme. J'ai tenu ma promesse.

Quarante-huit heures plus tard, le 29 novembre, Mme A... a dormi ; son facies est satisfaisant, langue humide ; urines, 250 grammes ; pouls, 96. Elle a absorbé 1.500 grammes d'un mélange à parties égales de lait et de tisane ; elle en a gardé 1.100 grammes.

Le 30 novembre, elle conserve la presque totalité des 1.500 grammes de lait pur qu'elle a pris. La sensibilité solaire a totalement disparu ; l'hyperesthésie cutanée n'existe plus.

Le 1^{er} décembre, elle est en voie de guérison ; elle garde les aliments solides (jambon, purée de pommes de terre, etc.) ; le 8 décembre, elle quitte la Maternité et je la présente 2 jours plus tard aux élèves qui assistent à ma consultation de l'Hôtel-Dieu. »

Ces crises solaires, simulant à s'y méprendre un syndrome péritonéal, ne sont pas propres à la grossesse. G. LEVEN les a étudiées dans 2 articles de *La Presse Médicale*, du 30 juin 1926, du 9 avril 1927 et dans un article publié avec G. LAURET dans *Le Jeune Médecin*, du 1^{er} octobre 1931.

Ces crises sont le plus généralement liées à une dilatation atonique de l'estomac ; dans ce cas, le changement d'attitude permet de faire le diagnostic. La position, siège relevé, la malade étant allongée dans son lit, provoque l'ascension gastrique, soulage le plexus solaire et détermine instantanément un changement du facies, une atténuation considérable ou totale de la douleur, une diminution de la dyspnée et un ralentissement du pouls.

Outre la douleur profonde due au plexus solaire, G. LEVEN signale dans son observation l'existence d'une hyperesthésie cutanée vive. C'est là un symptôme d'une extrême fréquence et d'une importance capitale, car il commande une thérapeutique spéciale que nous indiquons plus loin.

L'hyperesthésie superficielle coexistant parfois avec la sensibilité profonde, il faut savoir les différencier. A cet effet, il suffit de déplacer les téguments et d'entraîner la région cutanée douloureuse à droite ou à gauche de la ligne médiane. Les téguments étant ainsi déplacés, on constate selon les cas que la pression profonde à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic est devenue indolore ou détermine encore de la douleur.

Il faut savoir encore que l'hyperesthésie cutanée, généralement prédominante au niveau du plexus solaire, peut se localiser en d'autres points de l'abdomen. C'est là une cause fréquente d'erreurs de diagnostic : si l'hyperesthésie est vive au niveau du point de Mac BURNEY, on pense à une appendicite. Cette notion mérite d'être soulignée, étant donné que TOUPET a attribué à l'appendicite la plupart des vomissements incoercibles. Le Professeur BRINDEAU, dans une conférence faite à la Clinique Tarnier (4) lui objecte fort judicieusement que 50 % des appendicites chez la femme enceinte ne s'accompagnent pas de vomissements et que le traitement qui guérit les vomissements incoercibles n'a aucune action sur l'appendicite.

Nous avons vu également poser un diagnostic de cholécystite chez une femme enceinte alors qu'il n'existait qu'une hyperesthésie cutanée au niveau de la vésicule biliaire : Mme C..., 34 ans ; grossesse de 3 mois. Il y a huit ans, ictère avec décoloration des fèces, durant 3 semaines. Depuis un an, fatigue avec état nauséux et amaigrissement ; un chirurgien diagnostique une appendicite et l'opère sans résultat. La grossesse actuelle détermine une aggravation de l'état nauséux qui devient permanent et fort pénible. Très vive douleur au niveau de la région vésiculaire ; cette douleur fait affirmer par un chirurgien des Hôpitaux de Paris l'existence d'une cholécystite. Nous voyons la malade une heure avant son entrée dans la maison de santé où on doit l'opérer. L'hyperesthésie très vive, sans douleur profonde, nous fait rejeter le diagnostic du chirurgien. La malade a été

rapidement guérie ; le temps a confirmé l'exactitude du diagnostic.

Si la douleur solaire peut être parfois assez vive pour simuler un syndrome péritonéal, parfois aussi elle est très atténuée ou même remplacée par un « équivalent ».

TENSION DOULOUREUSE.

C'est le cas de la « tension douloureuse de l'abdomen » si fréquente chez ces malades ; c'est une sensation de plénitude surtout marquée après l'ingestion d'aliments, mais qui persiste parfois lorsque l'estomac est vide. On pourrait croire que cette « tension » correspond à un accroissement de la poche à air gastrique ; en réalité, elle précède l'aérophagie et la crée par le mécanisme si bien étudié par Albert MATHIEU : « Les dyspeptiques, surtout lorsqu'ils sont en même temps des névropathes, ce qui est loin d'être rare, nous paraissent aérophages de la façon suivante : après avoir mangé, ils éprouvent une sensation de distension de l'estomac et un malaise qu'ils attribuent à la présence d'une quantité de gaz exagérée. Ils s'efforcent de rejeter ce gaz en excès ; pour cela ils font des mouvements qui les amènent à déglutir inconsciemment des gorgées d'air successives. Au bout de quelque temps, le gaz accumulé dans l'estomac s'échappe par un renvoi prolongé ou par une série de renvois bruyants. Il en résulte un soulagement momentané qui engage le malade à recommencer une manœuvre qui lui a si bien réussi. Il la recommence d'autant plus volontiers qu'il attribue à l'expulsion de gaz le bruit produit par l'ingestion de l'air atmosphérique (5). »

PESANTEUR.

Parfois une sensation de « pesanteur » remplace la douleur, elle aussi indépendante de l'état de réplétion du viscére. Les malades ont l'impression d'avoir l'estomac con-

tinuellement rempli, lourd et l'examen radioscopique permet de vérifier que non seulement il n'en est rien, mais que parfois même, l'évacuation de la bouillie barytée se fait plus rapidement que chez un sujet normal.

DYSPNÉE.

La dyspnée traduit elle aussi l'irritation du plexus solaire : elle est variable dans son intensité et dans son mode d'apparition. Le plus souvent elle est spontanée ; parfois on ne la met en évidence que par la pression du creux épigastrique. Cette manœuvre détermine, outre la sensation de gêne respiratoire, une sensation de constriction laryngée : les malades ont l'impression de la « gorge serrée ».

BRÛLURES.

Une des sensations les plus pénibles est la brûlure ; c'est en même temps une des formes de douleur les plus résistantes à la thérapeutique ; il arrive souvent que les brûlures persistent encore alors que les vomissements ont cessé depuis un certain temps.

FAIM.

Nous avons vu que les viciations de la faim constituent déjà une des conséquences de la dyspepsie chez la femme enceinte : elles ont trait à la qualité ou à la quantité des aliments ; les malades sont incitées à prendre des mets indigestes qui exagèrent la dyspepsie ou à avoir sans cesse le besoin de « prendre quelque chose ».

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS.

La nausée précède presque toujours le vomissement ; parfois elle existe isolée, d'autant plus pénible que la malade a l'impression que rien ne viendra la soulager.

PIERRHUGUES, dans sa thèse, donne une excellente description de ce trouble : « La nausée est une sensation particulière de malaise, d'angoisse épigastrique, indéfinissable. Elle est d'ordinaire accompagnée de pâleur du visage, de sensation vertigineuse, de lassitude, de baillements et d'éruclatations de plus en plus rapprochées. Pendant ce temps le pouls est petit, ralenti ; la respiration est diminuée dans son ampleur et dans sa fréquence : les extrémités sont refroidies et la malade dont la physionomie exprime une vive anxiété semble attendre avec terreur et impatience le spasme du vomissement qui, en la secouant toute entière, la délivre ».

Le vomissement est très variable suivant les malades : tantôt facile, véritable régurgitation expulsant soit le contenu alimentaire, soit un liquide limpide, filant, acide, et se produisant à distance du repas ; tantôt au contraire pénible, provoquant au milieu d'efforts douloureux l'issue de bile parfois teintée de filets de sang.

Nous avons même vu des malades vomir du sang au point de se demander s'il n'existait pas une ulcération gastrique, alors que les suites prouvaient qu'il n'en était rien.

Si les accès de vomissements sont rares au début, survenant surtout le matin au réveil ou après les repas, ils peuvent atteindre une fréquence extrême, empêchant toute alimentation, tout sommeil, entraînant une dénutrition rapide et inquiétante. C'est à ces formes que l'on réservait le nom d'« Incoercible », mot qui masque l'impuissance du médecin et accorde un caractère de fatalité à une évolution qui nous semble actuellement si facile à modifier.

II

FORME DYSPEPTIQUE AVEC AÉROPHAGIE

La dyspepsie pure, que nous avons envisagée jusqu'ici, n'englobe que 28 % de nos observations de vomissements de la grossesse.

L'aérophagie est plus fréquente si l'on considère l'ensemble des cas où on la trouve liée à la dyspepsie, 19 %, ou associée à la dilatation atonique de l'estomac, 20 %, au total 39 %.

La première observation que nous trouvons dans la littérature, concernant cette forme de vomissements gravidiques, est due à MICHEL (de Nancy), qui dans sa thèse en 1899 cite l'histoire d'une malade qui avait une sialorrhée considérable (6). Le seul fait de l'obliger à cracher sa salive mit fin aux vomissements.

Parallèlement à l'étude clinique que poursuivait G. LEVEN, l'étude radiologique des femmes enceintes amenait J. THOMAS à poser des conclusions assez voisines (7). Examinant 150 femmes, il trouve une chambre à air presque toujours anormalement développée. En particulier, sur 72 femmes enceintes d'un mois environ, 66 ont une quantité d'air excessive dans la grosse tubérosité, soit 91 %.

Là où nous ne sommes plus d'accord, c'est quand il appelle cette aérophagie « physiologique ». L'auteur, lui-même, note chez la plupart des femmes des maux de cœur, des nausées, du ballonnement abdominal, des rôts, symptômes dont il explique ainsi l'enchaînement : les nausées provoquent la salivation ; la déglutition de la salive entraîne l'avalément d'air ; l'aérophagie distend l'estomac et crée l'état nauséeux.

Pour accepter cette interprétation il est nécessaire de poser en principe que les nausées et la salivation ont une

origine distincte, opinion admise par THOMAS qui fait dépendre les nausées de phénomènes d'intoxication.

Nous ne pouvons souscrire à ces affirmations puisque la théorie toxique est celle que nous combattons avec le plus de rigueur, car elle ne nous semble pas reposer sur des constatations cliniques ou expérimentales solides.

Nausées et salivation nous paraissent avoir comme point de départ commun une irritation réflexe du système nerveux ; la sialophagie entraîne l'aérophagie et la distension gastrique crée ou exagère les maux de cœur.

La sialorrhée est donc un facteur important d'aérophagie au cours de la grossesse. Elle a été notée par un grand nombre d'auteurs qui n'en ont pas apprécié le rôle nuisible. BONNAIRE (8) la trouve 12 fois sur 30 observations, tout en ajoutant que sa fréquence doit être supérieure, étant donné qu'elle n'a pas été recherchée dans tous les cas. MICHEL lui consacre une partie de sa thèse. VINAY (9) la compare aux vomissements incoercibles auxquels elle peut succéder.

Dans les cas légers, la malade n'a pas conscience de l'augmentation de salive ; dans d'autres, au contraire, l'hypersécrétion est tellement abondante que la salive s'écoule continuellement, l'obligeant à faire des mouvements de déglutition ininterrompus ou à cracher sans cesse sa salive.

La sialorrhée s'accroît généralement au cours des digestions, soit de façon continue, soit par accès durant de quelques minutes à plusieurs heures, fatiguant beaucoup la malade. Elle prend fin souvent la nuit, mais elle peut persister entraînant l'insomnie.

D'autres phénomènes d'hypersécrétion lui succèdent ou l'accompagnent parfois : VERNEUIL cite dans l'article du dictionnaire DECHAMBRE (10) l'observation suivante : « Dame de 25 ans qui a toutes les apparences de la santé et qui n'a jamais fait de maladie sérieuse. Très inquiète depuis quelques semaines à cause d'un phénomène non douloureux mais fort incommode : les fosses nasales et la gorge sont

incessamment encombrées de mucosités épaisses, tenaces, qui s'écoulent en arrière en déterminant des nausées, des mouvements de reniflement forcé et de déglutition répétés.

La nuit surtout, l'encombrement de l'arrière-gorge par les mucosités détermine une sorte de suffocation qui oblige la malade à se lever brusquement. L'examen des fosses nasales est entièrement négatif, ni coryza, ni épistaxis, pas de sécrétion purulente ou d'ozène. Jamais la malade n'est obligée de se moucher ou de cracher. Ni toux, ni mal de gorge... L'arrière-bouche est remplie de mucus clair et visqueux. Les lésions sécrétoires paraissent siéger dans les follicules postérieurs du voile du palais, de la langue et du pharynx.

Préoccupé des causes de ce phénomène, j'interroge pour savoir s'il y a habituellement coryza ou angine, si déjà pareil phénomène s'est produit. J'apprends alors que les mêmes symptômes se sont montrés au cours d'une première grossesse et qu'ils ont duré jusqu'à l'accouchement... J'apprends aussi que les règles n'ont pas reparu depuis 2 mois ».

MICHEL signale dans son travail que le ptyalisme est parfois précoce et qu'il aide au diagnostic avant d'autres signes lorsqu'on est instruit d'incidents analogues au cours de grossesses antérieures. Ce ptyalisme persiste parfois après l'accouchement et dure un an dans une de ses observations.

On est en droit d'admettre avec quelques auteurs que ce trouble sécrétoire agit secondairement sur les sécrétions gastriques, pancréatiques, intestinales et provoque des troubles dyspeptiques.

WRIGHT a montré en se soumettant à une salivation prolongée qu'il perdait 11 livres de son poids en une semaine. Cet amaigrissement, comme celui de nos malades, tient à des facteurs multiples : la fatigue des mouvements de déglutition, la soustraction importante d'eau réalisée par le rejet de salive, la non utilisation des principes digestifs contenus dans la salive, etc.

En effet, la quantité de salive rejetée est souvent considérable puisqu'elle atteint 3 à 400 gramme par accès, 1 litre et demi, 2 litres et même 3 litres par 24 heures dans quelques cas.

Nous avons une observation de G. LEVEN, concernant une malade que lui avait adressée la Doctoresse AGNEL (de Chamonix), très intéressante à ce point de vue : « Grossesse de 7 mois et demi ; les deux grossesses antérieures ont déterminé des vomissements incoercibles qui ont duré jusqu'à l'accouchement. Les vomissements actuels ont débuté avec la grossesse. La malade est une aérophage, sialophage dont les mouvements de déglutition sont incessants. Invitée à cracher la salive, elle en a recueilli un jour un litre et demi. Les vomissements ont cessé le premier jour du traitement ; la grossesse a évolué normalement jusqu'au terme et l'accouchement se fit sans incident. »

L'aspect de la salive est variable, tantôt claire et limpide, tantôt visqueuse comme du blanc d'œuf. Exceptionnellement, elle présente une saveur métallique ou salée ; habituellement, elle est fade et provoque une sensation de dégoût. Ses caractères chimiques ont été souvent étudiés et cependant les auteurs ne sont pas d'accord même sur le taux de la ptyaline qu'elle renferme.

L'étude de la sialorrhée chez la femme enceinte est dominée par le fait qu'il s'agit d'un phénomène réflexe, qui peut être à point de départ bulbaire, cortical ou périphérique. Claude BERNARD a montré dans le bulbe, au niveau de la portion élargie du plancher ventriculaire, dans la région bulboprotubérentielle, l'existence d'un centre salivaire. Ce centre peut être irrité sous l'influence d'une hématoïse imparfaite, du fait de l'insuffisance respiratoire fréquente au cours de la grossesse ou du fait de la présence de substances anormales dans le sang, les corps acétoniques, par exemple.

LÉPINE et BOCHEFONTAINE ont provoqué la sécrétion de la glande sous-maxillaire par l'excitation du lobe antérieur

des hémisphères cérébraux. BECHTEREW et MISLAWSKY trouvent très active la région de la 4^e circonvolution située au-dessus de la scissure de Sylvius. Des courants très faibles suffisent à provoquer la sécrétion parotidienne et sous-maxillaire ; c'est dire le rôle du cortex dans la sécrétion salivaire.

Il est probable que c'est par un mécanisme analogue que les excitations psychiques arrivent à provoquer le réflexe salivaire.

En pratique, les médications qui agissent sur le cerveau calment la sialorrhée ; la suggestion agit de même dans certains cas. Si, au contraire, la malade s'hypnotise sur ce symptôme, elle en accroît la violence.

OEHL excitant le vague d'un côté provoquait la sécrétion de la sous-maxillaire correspondante, phénomène qui ne se produisait pas, si la corde du tympan était coupée. Cette expérience montre le rôle que peut avoir l'excitation du système nerveux gastrique sous l'influence de la dyspepsie dans la genèse de la sialorrhée.

Citons pour terminer deux facteurs dont G. LEVEN signale l'importance dans son livre *l'Aérophagie*. Le premier est basé sur les recherches du Professeur H. ROGER sur le réflexe œsophago-salivaire : l'œsophage irrité par un corps étranger provoque une sécrétion de salive qui engendre une série de mouvements de déglutition, suivis aussitôt de mouvements péristaltiques œsophagiens. Or, chez les femmes enceintes vomisseuses les spasmes œsophagiens et les spasmes du cardia sont fréquents et l'on est autorisé à se demander si ces spasmes ne sont pas une des causes de sialorrhée.

Le deuxième est l'influence de la dilatation atonique de l'estomac, de la ptose sur la sialorrhée, démontrée par la possibilité de la supprimer grâce au simple relèvement gastrique qui diminue l'irritation solaire et met fin aux réflexes d'irritation secondaire qu'il engendre.

Nous avons longuement insisté sur le rôle de l'hypersé-

crétion salivaire dans la production de l'aérophagie de la grossesse ; son influence est primordiale, mais non unique et isolée. L'air pénètre également dans l'estomac par déglutition des solides et des liquides ; il y pénètre encore par aspiration, sous l'influence de spasmes œsophagiens « dont l'action est comparable à celle de la poire aspiratrice placée sur le trajet de la sonde qui nous sert à vider l'estomac (11) ». Enfin, l'air contenu dans l'estomac et les intestins peut y séjourner du fait d'un brassage imparfait par le diaphragme immobilisé partiellement, en cas d'insuffisance respiratoire.

SYMPTÔMES CLINIQUES DE L'AÉROPHAGIE.

Comment se manifeste cliniquement l'aérophagie ? L'éructation, si fréquente qu'elle puisse être, n'est pas un signe suffisant pour permettre de poser ce diagnostic ; son absence n'a pas davantage de valeur absolue. Les malades affirment souvent qu'elles n'ont pas d'éructations, alors que leur attitude au cours de l'interrogatoire révèle une particularité démontrant qu'elles avalent de l'air : tout en répondant aux questions, la malade incline de temps en temps la tête sur la poitrine, rapprochant le menton du thorax, se recueillant pour avaler, suivant la formule imagée de SOUPAULT, faisant ainsi des mouvements inconscients de déglutition de salive et d'air.

Le Professeur HAYEM a montré un procédé destiné à dépister la sialophagie (1) dans les cas légers : « Pour la mettre en évidence, il suffit de prier la malade de faire effort pour ne pas déglutir. La bouche s'humidifie, la salive débordante vient mouiller les lèvres et si elle parvient à supprimer toute déglutition pendant quelques minutes, elle est bientôt dans l'obligation de cracher ».

G. LEVEN a décrit une série de « petits signes » cliniques qui facilitent le diagnostic : la langue présente un aspect spécial ; elle est rouge, brillante, humide, car elle baigne

dans la salive, aspect qui contraste avec celui qu'on s'attend à trouver chez une dyspeptique ; la malade bave la nuit sur son oreiller, car elle rejette la salive que le sommeil l'empêche de déglutir. Les mouvements de déglutition trop fréquents déterminent une sensibilité exagérée au niveau du larynx, telle qu'elle ne peut tolérer le contact d'un col, d'un collier. La tension gastrique gêne le cœur, provoque de la dyspnée, des palpitations lorsque la malade se couche dans son lit sur le côté gauche.

Plus récemment G. LEVEN, dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu a décrit un nouveau signe que nous proposons d'appeler le « signe du plafond » : Un sujet normal ne peut avaler en regardant en l'air, le cou tendu ; tout au contraire un aérophage ancien a éduqué ses muscles pharyngés de façon telle qu'il déglutit aisément dans cette attitude. Il est remarquable de voir avec quelle constance se vérifie ce dernier « petit signe ».

A l'examen de l'abdomen, la région épigastrique forme une voussure plus ou moins marquée ; la paroi est immobile au cours des mouvements respiratoires, à cause de l'inertie diaphragmatique. La palpation montre une résistance plus ou moins considérable de l'abdomen, en rapport avec la tension gazeuse.

La percussion révèle une sonorité exagérée de l'espace de Traube et surtout une sonorité préhépatique due à la distension du cadre colique, sonorité qui réussit parfois à masquer presque totalement la matité hépatique.

Il existe fréquemment du clapotage dû au conflit de l'air avec le contenu gastrique.

Enfin, le relèvement de l'abdomen provoque une dyspnée parfois extrêmement intense, car il exagère encore l'immobilisation relative du diaphragme déjà soulevé par l'estomac dont le contenu gazeux est sous tension.

Tous ces éléments ont une précision telle que le diagnostic d'aérophagie doit être fait sans le secours de la radioscopie qui, mise en œuvre, le confirme toujours dans les cas où il est basé sur la symptomatologie que nous venons d'étudier.

LES VOMISSEMENTS CHEZ LES AÉROPHAGES.

Les vomissements des femmes enceintes aérophages présentent peu de caractères particuliers. Il est cependant un type spécial, le « vomissement d'eau » qui correspond à ce que Alb. MATHIEU et J.-Ch. ROUX ont décrit sous le nom de « vomissement pituiteux œsophagien » (13).

Sous l'influence d'un spasme du cardia, les malades dilatent leur œsophage, y accumulent au-dessus du spasme le liquide salivaire hypersécrété et le rejettent sous forme de vomissement d'eau.

La preuve de la réalité clinique de cette interprétation est fournie par l'apparition successive de vomissements de salive pure suivis de vomissement d'aliments.

Nous donnerons ici 2 observations types de vomissements aérophagiques : nous empruntons la première à G. LEVEN et COUDERT ; la seconde est prise dans la thèse de THOMAS et a le grand intérêt de s'accompagner d'une étude radiologique, faite dans des conditions difficiles, car le cas était exceptionnellement grave.

OBSERVATION I de G. LEVEN et Em. COUDERT.

M^{me} A..., 22 ans, a ses dernières règles le 20 juin 1925.

Apparition de l'état nauséux dès le 29 juillet ; en même temps survient un dégoût profond pour toute alimentation, qui persistera jusqu'à la guérison des vomissements, c'est-à-dire, durant 64 jours. Le 1^{er} août, 1^{er} vomissement. Depuis ce jour, soit en Bretagne, où elle se rend pour améliorer son état, soit à Paris, elle a au début de 2 à 6 vomissements quotidiens, puis de 5 à 25 et enfin de 20 à 25 du 10 au 22 août. Leur fréquence diminue alors (8 à 15) et pendant 4 jours elle tolère quelques aliments.

Ils augmentent à nouveau en septembre et elle rentre à Paris le 7 septembre pour être vue par l'un de nous (COUDERT). Etat nauséux encore aggravé, agitation, insomnie, 8 à 12 vomissements par 24 heures, oppression, sensations d'arrêt du cœur.

Elle entre dans une maison de santé. Des traces de sang sont

visibles dans les vomissements ; intolérance absolue pour toute alimentation, liquide ou solide. Le poulx se maintient en permanence à 100 ; la langue est très saburrale, l'amaigrissement s'accélère. L'adrénaline, le corps jaune sont prescrits sans succès. La diurèse se maintient élevée, grâce aux lavements goutte à goutte et aux injections de sérum.

La malade a perdu plus de 17 kilogrammes. L'aggravation de l'état devient si rapide et tel que l'avortement est décidé pour le 2 octobre. A la fin de la journée, le 1^{er} octobre, la veille de l'intervention, nous voyons la malade dont l'un de nous (LEVEN) avait traité dans les mêmes conditions une amie, l'année précédente (observation 1 d'un travail présenté à la *Société de Thérapeutique*).

Malgré la présence de tous les signes, qui, classiquement, justifient l'urgence de l'avortement, nous demandons un délai de 24 heures. Ce délai fut suffisant pour encourager l'accoucheur à en accorder un 2^e, tant les progrès furent instantanés, comme il advient toujours en pareil cas, dès l'instant où le traitement est ce qu'il doit être. Dès le 1^{er} examen, nous avons considéré les vomissements de M^{me} A... comme des vomissements incoercibles chez une aérophage, sans être impressionné par le fait qu'il s'agissait d'une femme enceinte, et nous les avons traités comme tels par des procédés bien simples.

Les preuves cliniques de l'aérophagie étaient nombreuses : sialorrhée, mouvements de déglutition très fréquents, sensations de spasmes œsophagiens, sonorité préhépatique remplaçant la matité normale au niveau du foie, dyspnée réalisée par le relèvement de l'abdomen, nécessité pour la malade de se maintenir dans le décubitus latéral droit pour respirer facilement, tous signes que l'un de nous a décrits dans son livre sur l'aérophagie.

Or, la thérapeutique classiquement employée ne pouvait que contribuer à aggraver l'aérophagie. En effet, l'alimentation était devenue uniquement rectale. Tout lavement provoque et entretient les spasmes gastro-intestinaux qui favorisent la genèse et la persistance de l'aérogastrie et de l'aérocolie. La malade en avait la notion, car elle a pu nous dire que chaque lavement aggravait ses sensations de constriction œsophagienne.

Alimentation rectale et lavements goutte à goutte devenaient donc des facteurs de vomissements, à l'insu de celui qui les avait prescrits. La suppression de toute alimentation gastrique favorisait aussi l'aérophagie.

L'un de nous (LEVEN) a montré, et les pédiatres le savent bien, que les nourrissons insuffisamment alimentés sont aérophages et vomissent. VARIOT dénomme ces vomissements, vomissements par

inanition ; il suffit d'augmenter la ration lactée pour les faire disparaître, alors qu'on serait tenté de la diminuer en présence de ces accidents.

Au cours des heures émouvantes des premiers jours où une intervention thérapeutique nouvelle se produisait, l'accoucheur rappelait constamment au médecin la valeur pronostique du pouls qui se maintenait à 100, celle de l'euphorie qui avait paru au cours de ces premières heures, euphorie de mauvais augure d'après Dubois et les classiques.

Cependant, la réalimentation se faisait sans peine, les vomissements cessant dès le 1^{er} jour pour ne plus reparaitre ; l'amélioration des phénomènes spasmodiques, la diminution de l'état nauséeux, le changement de la physionomie, la réapparition d'un sommeil calme, la cessation de l'agitation nerveuse encourageaient l'accoucheur à accorder au médecin un 1^{er} délai de 24 heures, puis un 2^e et un 3^e de même durée, retardant le délai fixé pour l'avortement.

				Poids avant la grossesse : 68 kgr. (Taille : 1 m 72).
	Vomissements	Pouls	Urines	
1925 :				
28 septembre	Intolérance absolue	100	1.500 cmc.	
29 —	id.	100	850 —	
30 —	id.	110		
1 ^{er} octobre	id.	110	1.500 —	
2 —	2 (petits)	100	500 —	
3 —	2 id.	100	400 —	
4 —	1 id.	80	300 —	
5 —	1 id.	90	400 —	
6 —		100	300 —	
7 —		98		50 kgr. 200
8 —		84	750 —	51 kgr. 300
9 —		96	700 —	52 kgr. 120
10 —		84	800 —	52 kgr. 350
11 —		96	850 —	52 kgr.
12 —		84		52 kgr. 300
13 —		96		52 kgr. 600
15 —		84		54 kgr. 200
16 —				53 kgr. 200
18 —				53 kgr. 800
19 —				53 kgr. 700
5 novembre				58 kgr. 850

Après les 48 premières heures, le médecin avait annoncé la guérison à la famille de la malade, comme chose certaine. L'accoucheur attendit la chute du pouls à 80, qui se produisit le 4^e jour, avant d'affirmer à son tour que l'avortement serait évité.

Ajoutons que la diurèse atteignait 1.100 grammes avant la mise en œuvre du nouveau traitement et qu'elle tombait rapidement à 300 ou 400 grammes, se maintenant à ce taux durant 5 jours.

Cette constatation impressionnait l'accoucheur, alors que le médecin s'en réjouissait, affirmant qu'elle témoignait de la réhydratation de l'organisme et que dans quelques jours le taux urinaire normal serait de nouveau atteint.

L'augmentation immédiate du poids (1.100 grammes en 24 heures une fois) et la marche des événements démontraient peu à peu le bien-fondé des remarques du médecin.

La malade n'eut pas de selle durant les 5 premiers jours. Le 6^e jour, elle eut une selle normale avec un lavement composé de 200 grammes d'eau et de 100 grammes de lait. Durant ces 5 jours le médecin avait refusé tout lavement abondant, tout laxatif, n'appréhendant pas cette constipation qu'il trouvait aussi normale que la diurèse diminuée.

OBSERVATION II de J. THOMAS

M^{me} Eug. T... entre à la Clinique Tarnier le 3 janvier 1911 pour des vomissements incoercibles. C'est une femme âgée de 39 ans, VIII-pare ; les dernières règles sont du 12 octobre 1910 ; la grossesse actuelle a donc 2 mois et demi. Au sujet des 4 premières grossesses il n'y a rien à signaler. La 5^e se termine par un accouchement laborieux avec présentation de la face. La 6^e se termine normalement, mais une application de forceps fut nécessaire. Dès le début de la 7^e (1908), elle est prise de nausées fréquentes, puis bientôt de vomissements incoercibles. Tout ce qu'elle prend à ce moment, elle le vomit aussitôt. Elle commence à saliver et sa salive augmente à mesure que les vomissements deviennent plus fréquents. Cet état dure un mois et demi durant lequel elle maigrit considérablement, ne pouvant plus s'alimenter. Elle est très affaiblie, très anémiée. Brusquement, au milieu de la nuit, elle perd abondamment du sang et le lendemain fait une fausse couche de 2 mois et demi. Peu après, elle recommence à manger et ne vomit plus.

Pendant 2 ans elle se porte très bien et digère facilement tout ce qu'elle prend. C'est alors qu'elle devient enceinte pour la 8^e fois. Grossesse actuelle : dès le 1^{er} mois de cette grossesse, elle ressent

des nausées ; l'appétit se ralentit ; somnolences après les repas ; elle se sent alourdie ; augmentation de fréquence des nausées ; les vomissements apparaissent après les repas.

Elle s'alimente de moins en moins, les vomissements devenant de plus en plus fréquents. Elle arrive à ne plus pouvoir supporter ni les potages de légumes, ni le lait qu'elle vomit aussitôt. C'est un état nauséux perpétuel avec vomissements fréquents. Elle s'affaiblit considérablement si bien qu'elle entre le 3 janvier 1911 dans le service du Professeur BAR.

Femme abattue, yeux excavés, traits tirés, teint cireux, elle paraît très anémiée.

L'état nauséux est continu ; elle ne peut rien prendre sans le rendre aussitôt ; salivation sans arrêt ; hoquets et rôts. Elle vomit 5 à 6 fois par 24 heures et un demi-litre chaque fois ; ces vomissements sont glaireux, filants, visqueux, quelquefois verdâtres, aigres et amers. La malade a continuellement près d'elle une cuvette ou un mouchoir ; elle crache, hève et a de temps en temps hoquet et rôts ; elle fait fréquemment des mouvements de déglutition qui sont suivis immédiatement de nausées et d'efforts de vomissement en même temps que se produisent des éructations. Pouls très fréquent : jusqu'à 130 pulsations par minute.

L'examen montre une sonorité exagérée au niveau de l'espace de Traube ; la palpation est douloureuse et révèle un estomac tendu et ballonné. Foie douloureux à la palpation, mais non augmenté de volume.

Eréthisme cardiaque, grande tachycardie. Pas d'albumine dans les urines.

Du 3 au 10 janvier, les phénomènes s'aggravent. Les vomissements sont devenus très abondants ; elle refuse toute alimentation ; l'amalgissement est extrême ; prostration complète, adynamie ; pouls incomptable.

Devant ce tableau clinique extrêmement grave le Professeur BAR pose en principe l'intervention, l'avortement provoqué.

Le 11 janvier, la malade est transportée à l'Hôpital Cochin dans le service du Professeur WIDAL à fin d'examen radioscopique, avant l'avortement.

L'examen radioscopique du 11 janvier donne les résultats suivants :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une chambre à air gastrique considérable. Cette chambre à air fait subir à toute la région supérieure de l'estomac une déformation telle que le diaphragme gauche est fortement soulevé. Son volume augmente encore sous l'influence

des efforts de vomissement. Elle s'exagère encore après absorption de 250 centimètres cubes de lait bismuthé et gommé. L'orthodiamine dessiné est représenté par la figure ci-dessous (fig. 1).

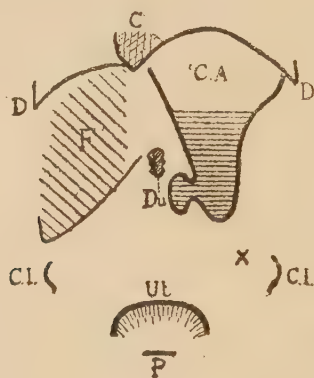


FIG. 1.

La région pylorique se contracte spasmodiquement, 4 à 5 minutes après l'ingestion du bismuth. Au bout de 10 minutes une partie du bismuth est dans le duodénum (Du).

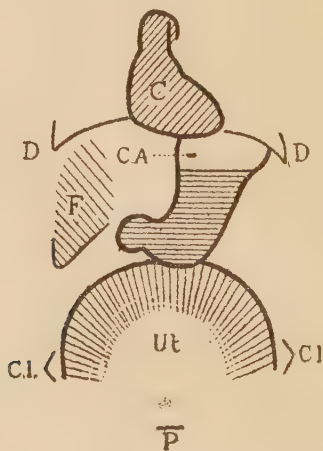


FIG. 2.

Cet examen a donc prouvé l'existence d'une aérophagie considérable. Aussi faisons-nous comprendre à la malade qu'elle doit éviter les mouvements de déglutition et cracher sa salive.

Trois jours après le début de ce traitement, les vomissements deve-

naient moins abondants, hoquet et éructations avaient presque cessé ; la salive était moins abondante. Huit jours plus tard, on l'alimente à nouveau : elle ne vomit plus et son poids commence à augmenter.

Dix-huit jours après le 29 janvier, elle rentre chez elle, entièrement guérie. Le 18 février, un nouvel examen radioscopique montre que la chambre à air gastrique a considérablement diminué. Le 5 avril, au 5^e mois et demi de la grossesse, un 3^e examen prouve la guérison de l'aérophagie, comme en témoigne la figure ci-contre. (fig. 2).

III

FORME DYSPEPTIQUE AVEC DILATATION ATONIQUE DE L'ESTOMAC

La dilatation atonique de l'estomac joue un rôle considérable dans la pathogénie des vomissements de la gestation. Nous la retrouvons dans 52 % de nos observations, soit isolée dans 32 %, soit associée à l'aérophagie dans 20 % des cas.

Nous avons vu que l'attention de G. LEVEN avait été attirée sur l'action de ce facteur par l'analyse de faits cliniques, bien connus des accoucheurs : la cessation spontanée fréquente des vomissements au 4^e mois.

Ici encore, J. THOMAS par l'observation radiologique des femmes enceintes avait reconnu dans une remarquable observation le rôle de l'allongement gastrique dans la genèse des troubles digestifs attribués à la grossesse et leur arrêt au 4^e mois sous l'influence de relèvement du viscère.

On a objecté à G. LEVEN que la ptose existait avant la grossesse ; loin d'être aggravée, elle devrait au contraire être améliorée par cet état puisqu'un relèvement de l'estomac, si minime soit-il, suffit à supprimer la traction irritant le plexus solaire.

Il est certain que la ptose préexiste le plus souvent à la gestation, mais si le système nerveux est en état d'équilibre, la traction du plexus solaire n'engendre aucun trouble. Que le système nerveux vienne à subir l'influence de la grossesse, sa sensibilité s'accroît et l'excitation se transmet au centre bulbaire du vomissement.

Ce fait ne surprendra pas le médecin, habitué à voir des lésions organiques importantes, admirablement tolérées jusqu'au jour où une émotion vive, une fatigue excessive aura sensibilisé le système nerveux.

Il est d'ailleurs fort probable que la ptose s'exagère au début de la grossesse, avant que l'utérus ait un volume suffisant pour la modifier. La clinique montre constamment l'influence de la gestation sur les tissus élastiques de l'organisme : les vergetures, les varices apparaissent avant même que la distension de l'abdomen ou que des compressions vasculaires soient en mesure de les expliquer : les articulations se relâchent, etc. Pourquoi les parois de l'estomac ne subiraient-elles pas une transformation analogue ?

Le diagnostic de la ptose est, en général, facile sans l'aide de la radioscopie. Il doit s'appuyer sur trois éléments : l'habitus des malades, la recherche de la *douleur-signal*, la mise en évidence de symptômes orthostatiques.

La notion de la dilatation atonique de l'estomac a une importance extrême, car ce diagnostic entraîne une thérapeutique spéciale qui réalise de véritables résurrections avec une soudaineté remarquable.

Aucune des formes antérieurement étudiées ne provoque un amaigrissement aussi rapide, des vomissements aussi répétés ; aucune d'elles ne cède aussi vite au traitement, formule surprenante en apparence, mais démontrée par des cas bien instructifs à cet égard.

A. — ÉTUDE MORPHOLOGIQUE DES PTOSÉES.

Les ptosées constituent une famille très nombreuse dont tous les membres se ressemblent par certains caractères.

Ce sont, en général, des femmes grandes, maigres, au teint pigmenté. La face est longue, étroite, en « lame de couteau », avec un nez mince aux narines à peine entr'ouvertes. La mâchoire inférieure est insuffisamment développée, en retrait par rapport à la mâchoire supérieure ; les dents sont inclinées, chevauchantes, sur plusieurs plans, comme à l'étroit. La voûte palatine est fréquemment ogivale. Le cou est long, le thorax étroit ; les côtes saillantes forment un angle très aigu avec le sternum, la 10^e côte est libre. Les épaules sont tombantes, les omoplates saillantes ; les seins peu développés manquent de fermeté. L'abdomen est affaissé : la peau est flasque, pigmentée, surtout au niveau de la ligne médiane (ligne brune abdominale). Les membres sont grêles, longs avec des doigts fins et souples.

Tout dans l'attitude révèle cette asthénie dont se plaignent les malades. C'est un syndrome complexe, lié en partie à une insuffisance surrénale, congénitale ou acquise, en partie à une insuffisance respiratoire ou à d'autres facteurs associés. (Cette description schématise un ensemble de caractères que l'on ne rencontre pas toujours au complet, mais dont on retrouve les éléments groupés de façon variable.)

Si le rôle des capsules surrénales sur la ptose est bien connu, on oublie trop l'influence de la ptose sur ces glandes, car elle trouble la circulation sanguine surrénale créant ainsi un véritable « cercle vicieux surrénalien ».

D'autre part, on commet l'erreur d'attribuer à la surrénale des symptômes réflexes liés à l'irritation solaire, telle la chute de la tension artérielle, dans certains cas : nous précisons ce point au cours de ce travail.

Dans quelques cas rares, la ptose s'observe chez des femmes d'un type morphologique tout à fait différent : ce

sont des malades, petites, obèses, au tégument peu coloré. Le visage est arrondi, d'aspect puéril. La mâchoire inférieure est rétractée comme dans le type précédent ; mais masqué par l'infiltration des parties molles, ce caractère est moins apparent. Le thorax est court, les côtes sont presque horizontales, peu visibles ; les seins sont gros et mous. L'abdomen est tombant et saillant ; les membres sont courts, épais, se terminent par des doigts boudinés.

Ici, la dominante endocrinienne paraît être l'insuffisance hypophysaire. Le professeur PENDE, de Gênes, envisageant, non seulement la constitution de ces individus mais également leur tempérament et leur caractère, les a groupés sous la dénomination de biotype longiligne asthénique et biotype bréviligne asthénique.

B. — DOULEUR-SIGNAL.

La connaissance de ces données morphologiques oriente vers le diagnostic de ptose ; seule, la mise en évidence de la douleur-signal peut donner une certitude absolue.

Ce signe a été décrit en 1911 par G. LEVEN à la suite de recherches radiologiques, faites en collaboration avec G. BARRET, qui lui avaient montré que la recherche du classique « clapotage gastrique » ne pouvait servir à poser un diagnostic certain : le clapotage gastrique est, en effet, la démonstration d'un conflit hydroaérique qui accompagne toujours l'aérogastrie. Ce bruit de clapotage fait souvent défaut alors que l'estomac est fortement dilaté.

La *douleur-signal* repose sur les données suivantes : l'hyperesthésie du plexus solaire, due aux tiraillements de ses filets nerveux par un estomac allongé, prend fin, dès que le bas fond de l'estomac est relevé, la traction, cause de la douleur, étant ainsi supprimée (signe de GLÉNARD).

Chez tous les sujets ayant de la dilatation atonique de l'estomac, on provoque une douleur vive, parfois extrême, en exerçant une pression sur la ligne médiane, à égale dis-

tance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde du sternum, ce repère devant être cherché avec une grande précision.

Si l'on relève l'estomac, la douleur s'atténue considérablement ou disparaît. Abandonnons l'estomac à lui-même, la douleur reparaît dans toute sa violence, s'accompagnant d'une sensation de chute du contenu abdominal et souvent d'une sensation de dyspnée (douleur signal et dyspnée-signal).

Ce signe doit être recherché sur le sujet debout, position qui exagère la traction gastrique et l'hyperesthésie solaire alors que la position couchée la diminue à tel point que la palpation à l'endroit indiqué plus haut serait peu ou pas douloureuse.

Le médecin se place derrière la malade, en position debout : avec la main droite il détermine son point de repère. Puis avec le bord cubital de la main gauche placée perpendiculairement à la paroi il effectue un relèvement de l'abdomen sur la ligne médiane, cherchant ainsi à supprimer la douleur de traction solaire.

Ceci fait, en retirant brusquement la main gauche, la *douleur-signal* apparaît. Dans les cas de grande hyperesthésie, la douleur peut s'accompagner de phénomènes syncopaux qu'on évite en décompressant graduellement l'abdomen.

Cette technique sera modifiée chez les malades dont l'état est tel qu'elles ne peuvent se lever. En pareille occurrence, on fera les mêmes recherches en asseyant la malade dans son lit. Il arrive même qu'il est impossible de les asseoir ; en ce cas on glissera un coussin sous le siège pour accentuer le relèvement gastrique et faire disparaître entièrement la *douleur solaire* qui réapparaîtra, en enlevant le coussin.

Cette manœuvre est précieuse également, si l'estomac descend derrière le pubis, empêchant le relèvement manuel du viscère.



FIG. 3. — Placé derrière la malade, le médecin repère le point solaire : le pouce de la main droite est placé sur l'appendice xyphoïde du sternum ; le médius sur l'ombilic ; l'index à égale distance des repères supérieur et inférieur, exactement sur la ligne médiane, appuyé sur le point cherché.



FIG. 4. — Le médus est substitué à l'index.

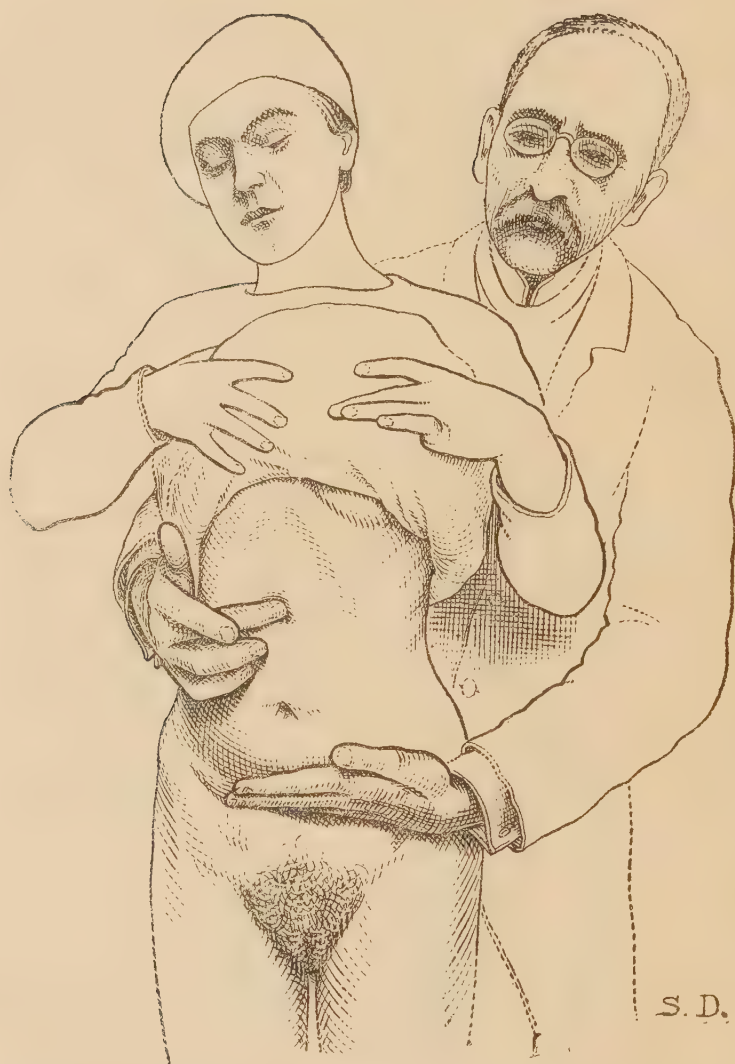


FIG. 5. — Le bord cubital de la main gauche appuie perpendiculairement sur la paroi abdominale, au-dessus du pubis pour soulever l'abdomen.

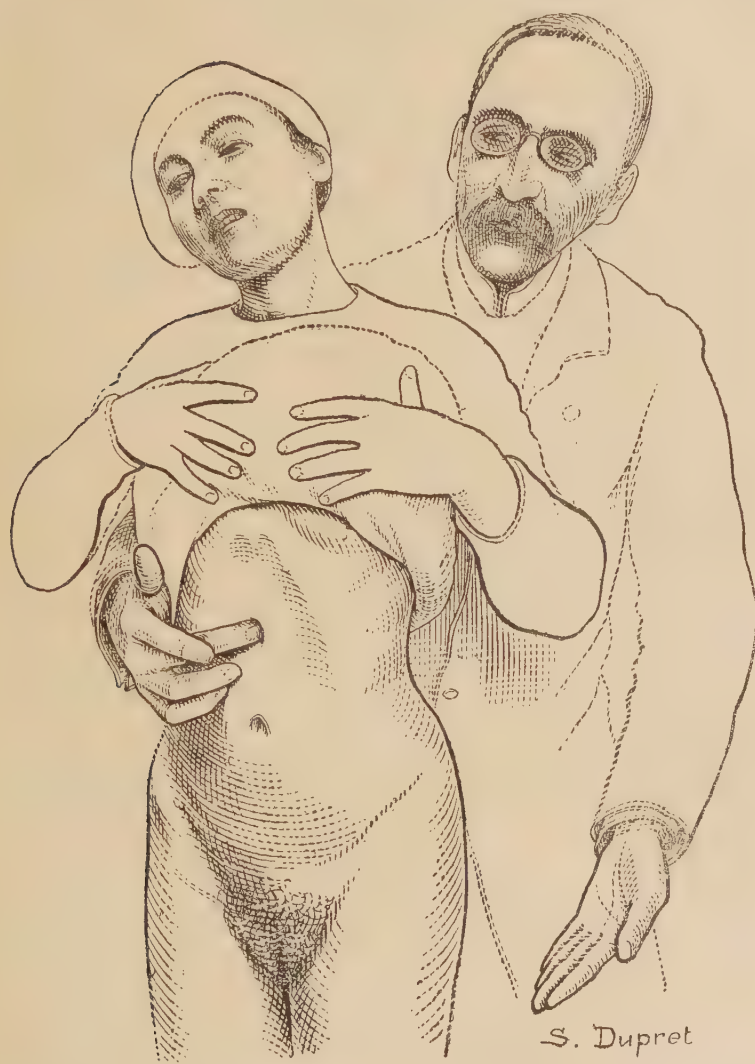


FIG. 6. — Cette main gauche, brusquement retirée, provoque la « Douleur-Signal ».

SYMPTÔMES ORTHOSTATIQUES LIÉS A LA DILATATION ATONIQUE
DE L'ESTOMAC.

Nous avons montré qu'à la *douleur signal* s'ajoute parfois une *dyspnée-signal*. Ce ne sont pas les seuls symptômes réflexes de l'excitation solaire. Il existe également une tachycardie orthostatique que l'observation suivante met bien en relief ; elle est rapportée en ces termes par G. LEVEN :

« Mon confrère et ami le Dr RUDAUX, accoucheur des Hôpitaux, professeur à la Maternité, m'appelle auprès de Mme J..., âgée de 20 ans. Cette malade lui est adressée par un confrère de province qui a jugé qu'un avortement était légitimé par l'état extrêmement grave de la jeune femme, par l'intolérance absolue à toute alimentation liquide ou solide, un amaigrissement considérable, une acétonémie de 1 gr. 98, une tachycardie durable, la faiblesse extrême du pouls.

Le Dr RUDAUX me demande si, malgré la coexistence de tous ces symptômes alarmants, j'estime que la guérison est possible. Je diagnostique vomissements de la grossesse, liés à une dilatation atonique de l'estomac, après avoir trouvé une *douleur-signal* très vive, au cours d'un examen fait sur la malade debout, au moment où elle quittait le brancard sur lequel elle avait été portée à sa chambre pour se mettre au lit.

J'avais en même temps vérifié que sa tachycardie était complètement modifiée par le relèvement de l'estomac. Il était donc possible d'affirmer que cette tachycardie était réflexe et non toxique.

Je fis coucher la malade; je priai le Dr RUDAUX de compter le pouls. Puis, mettant des coussins sous le siège de la malade pour relever l'estomac, je demandai à mon ami de le compter à nouveau. J'eus une réelle satisfaction à lire sur sa figure les impressions que lui produisaient ces variations immédiates du pouls, son étonnement, sa surprise pour une chose jamais vue.

Je lui expliquai le mécanisme de ces changements, les conclusions pronostiques que j'en tirais. Je conseillai de différer l'avortement; je fus écouté.

Mon traitement est mis en œuvre.

	Vomissements	Pouls	Urines
1 ^{er} jour	5	100	500 grammes
2 ^e jour	4	112	350 —
3 ^e jour	3	104	450 —
4 ^e jour	2	102	500 —
5 ^e jour	1	96	460 —
6 ^e jour	0	100	460 —
10 ^e jour	0	84	500 —
12 ^e jour	0	84	750 —
14 ^e jour	0	84	1.400 —

L'amélioration à tous points de vue se produisit dès les premières heures du traitement que j'avais institué et le Dr RUDAUX fut rapidement convaincu que l'avortement était évitable. Dès le 8^e jour, toute trace d'acétone avait disparu. La grossesse évolua normalement et l'accouchement se fit à terme dans d'excellentes conditions ».

Au cours d'observations semblables nous avons constaté que le relèvement de la tension artérielle accompagnait le ralentissement du pouls, particularité que G. LEVEN signalait déjà chez les dilatés en dehors de la grossesse dans la 2^e édition de sa *Dyspepsie*.

Ce fait explique encore les modifications instantanées de coloration du visage, la disparition immédiate de l'asthénie, nous autorisant à dire que le rôle des capsules surrénales est loin d'être tout dans la production de la symptomatologie de la ptose.

Indiquons encore un dernier signe intéressant : la recherche de la *douleur-signal* détermine presque toujours une dilatation de la pupille, indice de la réaction douloureuse et de son intensité (14).

DILATATION ATONIQUE ET AÉROPHAGIE.

Dans quelques cas, nous avons eu la surprise de voir des malades entièrement guéries de leurs vomissements tant qu'elles étaient alitées recommencer à vomir, dès le lever. Que s'était-il passé ?

Sous l'influence de la thérapeutique, aérophagie et aérocolie avaient diminué au point de faire apparaître une dilatation gastrique qu'elles avaient masquée.

Ces faits étaient déjà connus de G. LEVEN en dehors de la grossesse (15). Dans un article intitulé : « l'Aérocolie, pelote gastrique », il avait montré qu'au cours d'examens radiologiques successifs chez un même sujet, on pouvait observer des aspects variables de l'estomac et des différences de niveau du bas fond gastrique atteignant 8 centimètres.

Tantôt l'aérocolie relève l'estomac et supprime donc momentanément les signes solaires, l'estomac étant haut placé, obliquement situé : tantôt, l'aérocolie manquant, il retombe, devient vertical et à ce moment toute la symptomatologie dépendant de la dilatation atonique reparait.

G. LEVEN a montré dans son livre *L'Aérophagie* les liens qui unissent aérophagie et dilatation atonique et comment le traitement de la dilatation aide à guérir l'aérophagie.

Le mécanisme qu'il invoque nous permet de comprendre le rôle du repos au lit qui supprime l'allongement gastrique et secondairement l'aérophagie. Il nous permet de comprendre également le retour des vomissements au moment du lever, et la nécessité de mettre en jeu à ce moment la thérapeutique propre à la dilatation. Nous donnerons ici une observation type de vomissements liés à la dilatation gastrique.

M^{me} C..., 27 ans. II-pare. Les dernières règles ont pris fin le 11 novembre 1930. Elle commence à vomir 15 jours plus tard.

Les vomissements devenant de plus en plus fréquents elle entre à

l'Hôpital : elle y séjourne jusqu'au 31 janvier 1931, l'état s'aggravant de jour en jour et atteignant un degré de gravité tel que dans le service on n'ose même plus tenter l'avortement.

Elle quitte cet hôpital sous la responsabilité du mari, instruit par un ami des résultats dus à notre thérapeutique.

Nous la voyons à 10 heures du soir : facies impressionnant ; amaigrissement extrême ; elle avait perdu 18 kilos, le poids initial étant déjà faible. Yeux cernés, langue sèche. Pouls à 120 ; urines foncées ; on nous dit que la malade est icterique, constatation que nous ne pouvions faire à la lumière artificielle.

La paroi abdominale est excavée ; peau sèche et squameuse. Tout le ventre est douloureux, mais la pression de la région solaire révèle une sensibilité extrême, s'accompagnant de dyspnée vive.

Nous recherchons la « Douleur-Signal » sur la malade couchée sur le dos, les épaules reposant sur le plan du lit, en relevant le siège avec des coussins. Dès que cette attitude est réalisée, la Douleur Solaire s'atténue considérablement, en même temps que la respiration se trouve facilitée et que le pouls tombe à 108 pulsations à la minute.

Instruit par ces manœuvres, nous croyons pouvoir conclure que les vomissements dépendent d'une dilatation atonique de l'estomac que la maigreur de la malade avant la grossesse laissait déjà deviner.

Notre pronostic fut bon immédiatement, car la dilatation paraissait seule en jeu et ces formes pures réagissent plus vite au traitement que toutes les autres.

Le traitement fut institué dès cet instant et nous eûmes une fois de plus la satisfaction d'arrêter les vomissements dès le quatrième jour. Le pouls descendit à 80 dès le 6^e et la malade quitta le second hôpital le 15^e jour, entièrement guérie.

	Liquides absorbés	Liquides rendus
1 ^{er} jour	1.500 gr.	1.500 gr.
2 ^e jour	1.500 gr.	1.000 gr.
3 ^e jour	1.500 gr.	750 gr.
4 ^e jour	Réalimentation	500 gr.
5 ^e jour	id.	100 gr.
6 ^e jour	id.	0 gr.
du 7 ^e à la sortie..	id.	0 gr.

IV

Interprétation de quelques symptômes paraissant au cours des vomissements de la grossesse

I. *La constipation* : Elle est un symptôme physiologique de défense ; toujours bien tolérée, malgré sa durée parfois longue, il ne faut pas la combattre.

II. *Les Urines* : L'oligurie est un symptôme physiologique de défense chez un sujet déshydraté ; il ne faut pas la considérer comme un symptôme grave.

III. *Fièvre et Tachycardie* : La fièvre n'existe pas au cours des vomissements gravidiques ; la tachycardie a des causes variables ; la plus habituelle est la dilatation gastrique. Dans ce cas, on peut la modifier instantanément. Ce n'est pas un symptôme toxique. Il ne faut pas la considérer comme un symptôme grave.

IV. *Ictère* : Symptôme sans gravité, cessant dans les heures qui suivent la réalimentation ; il a une pathogénie complexe.

V. *Acétonurie* : sa pathogénie n'est pas simple ; elle disparaît dans les heures qui suivent l'absorption de liquides par voie buccale ; pas plus que les symptômes précédents elle n'assombrit le pronostic en présence d'une thérapeutique opportune.

VI. *Amaigrissement* : son interprétation, parfois favorable.

BIBLIOGRAPHIE

1. G. LEVEN : La constipation physiologique. *Bulletins de la Société de Thérapeutique*, 6 avril 1927 et *Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1927.

2. André ROULLIER : De l'étude des modifications de quelques éléments de l'urine chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles. Thèse de Paris, 1913.

3. Paul DUBOIS : Vomissements de la grossesse. *Gazette médicale*, 10 avril 1852, p. 234-238.

4. FERRU : Rôle de l'insuffisance hépatique dans les vomissements graves de la femme enceinte. *Revue de Médecine*, 1926, 581-593.

5. BRULÉ : Ictère et gestation ; leçon faite à la Clinique Baudelocque, 1924.

6. Marcel LABBÉ : Rapport sur l'acidose. XVIII^e Congrès français de Médecine, juillet 1925.

7. Marcel LABBÉ : Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier, 4^e année, 1927.

8. HOET : A propos des vomissements incoercibles de la grossesse. *Science médicale pratique*, 15 mars 1931, p. 260.

IV

Interprétation de quelques symptômes paraissant au cours des vomissements de la grossesse.

I

LA CONSTIPATION

La constipation, déjà fréquente durant la grossesse, manque rarement au cours des vomissements.

On a voulu lui faire jouer un rôle dans la genèse de ces vomissements : DIRMOSER admettait que l'intoxication intestinale suffisait à les provoquer. FORGUES, d'Etampes, CAZEAUX, recommandaient de grands lavages d'intestin à l'aide de quantités considérables de sérum physiologique (5 à 10 litres), après nettoyage de l'intestin au moyen de lavements purgatifs. BONNAIRE, le Professeur BRINDEAU et LANTUÉJOUL préconisent la superpurgation.

Je ne ferai pas ici le procès de l'intoxication intestinale ; il me suffira de citer les observations suivantes empruntées à G. LEVEN et suivies par nous-même pour un certain nombre : elles démontreront combien la constipation est bien supportée par les malades et que par conséquent on ne peut établir aucun lien entre ces deux symptômes.

Signalons tout d'abord qu'à la Maternité dans le service du Dr RUDAUX, au début de l'application du traitement de G. LEVEN, on était très surpris de voir qu'il ne se préoccu-

paît pas de la constipation et qu'il ne cherchait pas à la combattre. Rapidement, l'émotion tomba et l'on constata que les selles réapparaissaient spontanément du 6^e au 10^e jour, ce qui nous paraît la règle habituelle.

Dans l'observation de Mme R... (D^r ROSTAINE), la 1^{re} selle paraît le 6^e jour.

Dans l'observation de Mme C... (D^r RUDAUX), la 1^{re} selle paraît le 6^e jour.

Dans l'observation de Mme A... (D^{rs} LEVEN et COUDERT) la 1^{re} selle paraît le 6^e jour.

Dans l'observation de Mme L... (D^r FERRAND) la 1^{re} selle paraît le 12^e jour.

Dans l'observation de Mme G... (D^r BARCAT) la 1^{re} selle paraît le 14^e jour.

Dans l'observation de Mme V... (accouchée par le professeur COUVELAIRE) la 1^{re} selle paraît le 11^e jour.

Dans l'observation de Mme C... (de BERNAY) la 1^{re} selle paraît le 24^e jour.

Dans l'observation de Mme B... (présentée à une leçon à l'Hôtel-Dieu) la 1^{re} selle paraît le 25^e jour.

Ajoutons que Mme C..., de BERNAY, a été examinée radioscopiquement le 17^e jour de sa constipation et le 23^e : le lavement baryté, donné les deux fois (examen du D^r BARRET) remplissait facilement le gros intestin et ne révélait aucune anomalie.

Pourquoi n'avons-nous jamais observé d'incidents quels qu'ils soient au cours de périodes de constipation si prolongées ? L'explication est fort simple : l'épithélium intestinal constitue un puissant barrage ; il faut une altération de la muqueuse pour permettre aux microbes et aux toxines de pénétrer dans la circulation générale. MARFAN et L. BERNARD ont montré, il y a 30 ans, que normalement, les microbes restent dans la cavité intestinale et ne traversent pas l'épithélium, mais qu'ils passent dans la circulation à mesure que la barrière épithéliale est lésée.

Or, l'épithélium n'est pas lésé par les matières qui séjour-

ment dans l'intestin, mais par l'inflammation que produisent laxatifs et purgatifs, par le traumatisme que réalisent les lavements ou les lavages abondants.

Il suffit de respecter la constipation pour en supprimer les accidents, notion applicable à tous les constipés, même s'il ne s'agit pas de femmes enceintes. Il importe d'autant plus de la respecter qu'il s'agit d'une constipation de défense, d'une *constipation physiologique* comme la nomme G. LEVEN (1), d'une constipation d'épargne qui limite la déshydratation, qui permet une utilisation maxima des produits de la digestion par surdigestion, ainsi que l'a montré GOIFFON, à la suite d'Ad. SCHMIDT, STRASSBURGER et LOHRISH.

En outre, les purgations augmentent souvent la constipation en provoquant une évacuation exagérée de l'intestin et un état spasmodique par irritation de son système nerveux.

Il est intéressant de signaler que les malades indiquent souvent que la pénétration du liquide du lavement leur donne une sensation de constriction au niveau du cou ou même la sensation nauséuse : sensation imaginaire, est-on tenté de dire ; sensation réelle, répondrons-nous, car la radioscopie montre l'apparition de spasmes sur tout le tube digestif, chez certains sujets, lors de la pénétration du lavement baryté.

L'aérocolie est parfois chez les malades aérophages un facteur complémentaire de constipation : l'intestin distendu par les gaz se contracte mal et le diaphragme, limité dans sa course, intervient moins efficacement dans le brassage intestinal ; ces deux éléments ont une grande importance.

La dilatation atonique, dans d'autres cas contribue aussi à aggraver le symptôme constipation, en exagérant les spasmes, comme paraît le démontrer l'action utile du relèvement gastrique.

II

LES URINES. — L'OLIGURIE PHYSIOLOGIQUE

Parallèlement à la « constipation physiologique », il existe une véritable « oligurie physiologique ».

André ROULLIER a étudié dans une thèse remarquablement claire et d'une parfaite rigueur scientifique (2) les modifications des urines au cours des vomissements incoercibles. Comparant le volume des urines et le volume de l'eau donnée et conservée chez 7 femmes, il arrive aux conclusions suivantes : « De l'ensemble des observations précédentes, il paraît résulter qu'il y a généralement parallélisme entre la quantité d'eau éliminée par le rein et l'apport d'eau lorsque celui-ci est suffisant. Lorsque l'apport d'eau est insuffisant, il y a oligurie marquée ; dans ce cas l'organisme tend à compenser le manque d'eau utilisable par l'eau qu'il emprunte à ses tissus. Il en résulte, 1^o une perte de poids, 2^o un état de concentration plus marquée du sang (diminution du plasma sanguin et augmentation du point cryoscopique du sérum). L'oligurie semble donc résulter, non pas d'une lésion rénale, mais d'un manque d'hydratation de l'organisme. Nous avons vu, en effet, l'oligurie disparaître et faire place à de la polyurie, lorsque la proportion d'eau utilisable augmente et qu'elle a provoqué une augmentation de plasma et une diminution du point cryoscopique du sérum ».

Nous souscrivons de façon absolue aux conclusions de l'auteur, conclusions que nous avons maintes fois vérifiées chez nos malades.

Loin de nous inquiéter d'une diminution des urines ou même, dans des cas exceptionnels, d'une anurie complète, nous nous en réjouissons, car oligurie et anurie sont des

réactions de défense contre la déshydratation et l'amaigrissement.

G. LEVEN a signalé que la diurèse diminue parfois au début de la réalimentation alors que les vomissements ont cessé et que la malade renaît à la vie.

Pendant cette période, il a observé des augmentations de poids atteignant 800, 1000, 1200 grammes et plus par 24 heures.

Il s'agit, bien entendu, de phénomènes de réhydratation, car la valeur calorique des aliments absorbés ne justifie pas des augmentations semblables.

Cette conception de l'oligurie physiologique est bien éloignée de l'opinion classique qui l'interprète comme un signe d'une gravité extrême dont l'association avec la tachycardie et l'ictère commande une intervention immédiate.

André ROULLIER étudie également dans sa thèse l'élimination de l'urée, de l'azote total et quelques rapports urinaires (rapport de KORANYI, produit de STRAUSS, rapport de CLAUDE et BALTHAZARD, rapport azoturique. Nous n'avons pas vérifié nous-mêmes les conclusions de l'auteur, mais elles nous paraissent très admissibles, parce que contrairement à beaucoup d'autres, il tient compte de la composition du régime alimentaire, anormalement réduit, du fait des vomissements.

Il trouve dans tous les cas des rapports urinaires normaux, ce qui confirmerait l'intégrité rénale et une élimination uréique et azotée constamment supérieure à l'urée et à l'azote du régime, témoin d'une désassimilation tissulaire importante.

III

FIÈVRE ET TACHYCARDIE

Paul DUBOIS dans sa communication à l'Académie de Médecine sur les vomissements incoercibles (3) parle constamment du pouls fébrile et de réaction fébrile. Après lui, tous les auteurs décrivent la fièvre au cours de la deuxième période des vomissements. Il faut arriver à VINAY pour voir discuter ce symptôme : « P. DUBOIS, dit-il, note la fièvre ; mais pour cet auteur, l'indice de l'état fébrile était surtout marqué par l'accélération du pouls. L'absence de la thermométrie clinique l'empêchait d'apprécier l'existence réelle de l'élévation de température. » C'est aussi l'avis du Professeur PINARD qui insiste sur l'erreur de DUBOIS : « Je veux m'arrêter un instant sur la réaction fébrile, forte et continue indiquée par DUBOIS. D'après lui la fièvre caractériserait la deuxième période et dans toutes les observations dont il donne relation, il écrit que le pouls était fréquent, petit et la peau brûlante. On a dit que DUBOIS, n'ayant pas à sa disposition le thermomètre avait cru à l'état fébrile, en raison de l'accélération du pouls ; mais je tiens à faire remarquer que la lecture attentive de ses observations montre nettement qu'il avait en vue véritablement un état fébrile ». Le Professeur PINARD ajoute plus loin qu'il n'a jamais vu de malades ayant de la fièvre.

La tachycardie est très fréquente au cours de l'hyperémèse. Au Congrès de Rome de 1902, le Professeur PINARD édictait la loi suivante : « Dès que chez une femme atteinte de vomissements incoercibles ou mieux toxiques, l'accélération est telle que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100, il faut de suite interrompre la grossesse ».

Cette formule a obtenu un succès considérable, puisque la majorité des accoucheurs considère la tachycardie comme

un témoin de l'intoxication et un critérium de l'intervention.

Or, nous avons montré précédemment que la tachycardie est fréquemment sous la dépendance de la dilatation atonique de l'estomac, susceptible d'être modifiée par un changement d'attitude, en décubitus dorsal, siège relevé. Est-ce là un signe d'intoxication ?

Dans les autres cas, la tachycardie est déterminée par la déshydratation et la diminution de la masse sanguine ; elle s'accompagne d'autres symptômes, dus aussi à cette déshydratation : amaigrissement, sécheresse de la peau, oligurie, etc.

La réduction de la masse sanguine sous l'influence du jeûne accélère les battements du cœur par le même mécanisme qu'une hémorragie importante.

Il suffira de réhydrater la malade pour voir le rythme baisser progressivement et atteindre la normale en peu de temps, vers le 7^e jour le plus souvent. Cette date du 7^e jour prend une importance considérable au cours de l'étude des vomissements gravidiques ; cette durée de 7 jours paraît être celle que réclame la nature pour retrouver son équilibre ; c'est le temps nécessaire pour observer le retour de la 1^{re} selle spontanée, aussi bien que le taux normal des urines.

Parfois deux causes de tachycardie se combinent : dilatation et déshydratation. S'il en est ainsi, le relèvement gastrique ralentit aussitôt le pouls, mais le retour à la normale exige une réhydratation complémentaire et suffisante ; ce ralentissement se fait donc en deux temps.

Enfin, n'oublions pas que la tachycardie peut exister sans lien avec les vomissements : un goître exophtalmique fruste et méconnu jusque-là, comme nous avons eu occasion de l'observer, était la cause d'une tachycardie durant encore après un avortement provoqué, la gravité de l'état ayant été appréciée à tort en fonction de cette tachycardie.

IV

ICTÈRE

L'ictère est relativement fréquent au cours des formes graves de vomissements. Parfois discret, visible seulement au niveau des conjonctives, il s'accroît dans quelques cas et s'accompagne d'urines de coloration plus ou moins foncée, la coloration devant en partie son accentuation à l'oligurie. Les matières sont d'aspect variable et n'apportent pas d'apport au diagnostic, tant la constipation est habituelle en pareils cas.

L'examen des urines donne des réactions de GMELIN et de HAY souvent positives ; on observe parfois une dissociation des réactions.

Par quel mécanisme apparaît cet ictère ? On pourrait penser à une accentuation de l'hémolyse, normale au cours de la grossesse ; mais dans l'ictère hémolytique, il existe de l'anémie, alors que dans l'hyperémèse, la déshydratation entraîne une augmentation du nombre des hématies, comme l'ont montré les belles recherches de DEVRAIGNE ; d'ailleurs la dissociation dans la rétention des pigments et des sels biliaires permet d'affirmer qu'il s'agit d'un trouble au niveau de la cellule hépatique.

Ce n'est pas l'inanition qui détermine l'ictère d'après FERRU (4), puisque l'inanition, en dehors de la grossesse, ne s'accompagne pas d'ictère. Cet argument paraît insuffisant, car inversement l'inanition des vomissements n'entraîne pas d'autres troubles habituellement signalés au cours de l'inanition, les œdèmes, par exemple.

Lorsqu'on assiste à la disparition presque instantanée de l'ictère, dès la reprise de l'alimentation, on est tenté de croire à une relation entre ce symptôme et l'insuffisance alimentaire.

Il est probable qu'il s'y ajoute suivant la conception de FERRU, des troubles sécrétoires, d'origine nerveuse.

C'est également l'opinion de BRULÉ (5) : cet auteur pense que les rétentions biliaires au cours des vomissements de la grossesse, ne sont pas dus à une lésion anatomique, qu'elles sont fonctionnelles et qu'une simple modification vasomotrice de la glande hépatique suffit à les produire.

Ce qu'il importe de retenir de ce qui précède, c'est que l'ictère n'a aucune signification fâcheuse : il traduit l'intensité des vomissements et non pas une lésion hépatique constituée.

V

ACÉTONURIE

L'acétonurie existe au cours de la grossesse sans complications. Le Professeur BAR l'a notée dans 15 % des cas environ. Elle devient très fréquente au cours des vomissements.

LE LORIER a été un des premiers à insister sur l'importance de la réaction de GERHARDT, constatée dans les urines des femmes atteintes d'hyperémèse. La présence ou l'absence d'acide diacétique constituait pour lui un élément de pronostic de première importance. Depuis, une série de travaux ont été consacrés à ce symptôme, sans qu'on puisse lui assigner une signification précise.

On admet habituellement que l'acétonurie dépend de l'état de jeûne consécutif au rejet des aliments ; car l'autophagie qui en résulte donne naissance à l'acidose, comme l'ont montré les auteurs allemands, en particulier ROSENFELD.

Le Professeur M. LABBÉ n'accepte pas cette opinion : « On pouvait se demander, écrit-il, si l'acidose n'était pas la conséquence de l'inanition des malades ; il ne semble pas qu'il en soit ainsi, car nous avons vu des dyspeptiques inanitiés ne point présenter de réactions d'acidose (6). »

Cet argument nous paraît contestable. Bien que les vomissements de la grossesse soient des vomissements dyspeptiques, comme nous avons essayé de le montrer, ils ont cependant du fait de la grossesse une physionomie tout à fait spéciale. Il n'existe pas d'état dyspeptique, si grave soit-il, capable d'entraîner une déshydratation aussi importante, aussi rapide. Comment peut-on, dans ces conditions, comparer leurs réactions humorales ?

Il semblerait qu'une élimination rénale insuffisante doive augmenter l'acidose ; or, l'expérience montre que chez une malade ayant une diurèse abondante grâce à des lavements et à des injections de sérum, l'acétonurie persiste, alors qu'elle disparaît très rapidement (en moins de 24 heures parfois), avec une diurèse très diminuée, lorsqu'on utilise l'alimentation par voie buccale, après la suppression de l'emploi du sérum. C'est là un phénomène, en apparence, paradoxal.

Quel lien existe-t-il entre l'acidose et les vomissements ?

Le Professeur M. LABBÉ admet que : « Les vomissements incoercibles de la grossesse ne sont que la traduction d'un syndrome d'acidose lié à une insuffisance fonctionnelle du foie. »

Cette conception nous paraît difficile à admettre.

D'une part, l'insuffisance hépatique est, selon toute vraisemblance, secondaire aux vomissements. D'autre part, les vomissements peuvent exister sans acidose et lorsque l'acidose diminue, les vomissements ne diminuent pas toujours parallèlement

Peut-être, y a-t-il dans certains cas une excitation du centre bulbaire du vomissement par les corps acétoniques, comme il peut se produire une irritation du centre respiratoire ; mais cette excitation n'est pas nécessaire pour provoquer les vomissements.

Nous reconnaissons, d'ailleurs, que la femme enceinte fait plus facilement de l'acidose qu'une femme quelconque.

Est-ce, comme le soutient J. HOET (de Louvain) à cause

de l'excès d'hormones du lobe antérieur de l'hypophyse (8), dont HOUSSAY a montré le rôle dans le métabolisme des glucosides ? C'est peu probable, car cette tendance date parfois de l'enfance et souvent s'est traduite déjà au cours de vomissements périodiques acétonémiques.

VI

AMAIGRISSEMENT

Les vomissements graves entraînent parfois des amaigrissements considérables et rapides ; nous avons noté des pertes de poids de 18 et 20 kilogrammes ; des auteurs ont signalé des amaigrissements encore plus importants (25 à 30 kgr.).

L'amaigrissement ne doit pas toujours recevoir une même interprétation.

La physiologie nous enseigne qu'un sujet ne peut perdre une certaine proportion de son poids sans succomber : cette notion ne doit s'adresser qu'à un individu normal ayant son poids physiologique.

Si nous considérons au contraire une malade ayant un poids pathologique, la diminution du poids doit être envisagée par le médecin comme un symptôme favorable.

Cette remarque s'applique aux femmes obèses maigrissant au cours de vomissements de la grossesse, comme nous l'avons montré au milieu de bien d'autres, l'observation suivante recueillie à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service du Dr CATHALA.

Mme V..., 29 ans, III-pare. A été avortée au 2^e mois de la 2^e grossesse pour vomissements incoercibles. Lorsqu'elle nous est confiée, elle vomissait depuis un mois et son état était considéré comme grave ; à ce moment elle pesait 57 kgr. ayant perdu 15 kgr. depuis le début des vomissements.

Sous l'influence de notre traitement, les vomissements cessèrent complètement en moins d'une semaine et malgré cet arrêt, le poids resta stationnaire jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Nous avons dès le 1^{er} jour indiqué que cette perte de poids, vu l'obésité antérieure, n'avait pas de signification fâcheuse.

Il est classique de compter sur les injections de sérum pour réhydrater les malades et enrayer l'amaigrissement. Cette notion mérite d'être réformée, car l'observation prouve que la diurèse est presque toujours en rapport avec la quantité d'eau injectée, ce fait montrant l'absence de fixation d'eau.

Seuls les liquides ingérés sont susceptibles de réhydrater l'organisme : l'observation, citée plus haut, confirme sur ce point toutes celles que nous avons recueillies. En effet, avec notre traitement, la diurèse, qui antérieurement avec le sérum et le goutte à goutte rectal était très abondante, atteignant 2.500 centimètres cubes, tomba immédiatement à 250 centimètres cubes et même à 125 un jour.

V

Etude critique des conceptions pathogéniques des vomissements de la grossesse

Les quatre théories pathogéniques essentielles :

La théorie réflexe, historique, son intérêt du point de vue thérapeutique.

La théorie rattachant les vomissements de la grossesse aux phénomènes de choc. Arguments cliniques, expérimentaux, thérapeutiques. Discussion.

La théorie toxique : l'hépatotoxémie ; les arguments à opposer au rôle de l'insuffisance hépatique et à celui de l'intoxication, en général.

La théorie villotoxémique : son origine, à propos de l'éclampsie ; son adaptation aux vomissements de la grossesse ; fragilité d'une hypothèse basée sur des réactions imprécises et délicates aussi bien que sur une interprétation très discutable.

Théorie nerveuse : historique, le pithiatisme ; le rôle de la suggestion est nul dans un très grand nombre de cas ; preuves tirées de la clinique. La Névrose et sa signification.

Endocrinologie et vomissements de la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. FIEUX : Pathogénie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie. Toulouse, 1910.

2. COHEN-SOLAL : Vomissements gravidiques, assimilation aux phénomènes de choc. Thèse de Paris, 1926.

3. Ch. BOUCHARD : Leçons sur les auto-intoxications. Paris, 1887.

4. PINARD : Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet 1909.

5. CRAINICIANU et POPPER : Insuffisance hépatique au cours de la grossesse. *Presse médicale*, 28 mai 1921.

6. BRULÉ : Insuffisance hépatique et gestation. Leçon à la Clinique Baudelocque, 1925.

7. FIEUX et MAURIAC : De la possibilité d'une toxémie villeuse de la grossesse dans les premiers mois de la gestation. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1910, p. 65.

8. LUEZ. — Traitement des vomissements de la grossesse bénins et graves reconnus d'origine nerveuse. Thèse de Paris, 1893.

9. BELOUX : De l'origine habituellement névropathique des vomissements incoercibles et leur traitement par la psychothérapie. Thèse de Paris, 1913.

V

Etude critique des conceptions pathogéniques des vomissements de la grossesse.

Ces conceptions pathogéniques sont fort nombreuses : nous ne nous arrêterons qu'à l'étude critique de quatre d'entre elles : les autres ont été édifiées avec une telle hâte, avec une documentation clinique si limitée, avec un manque de faits et de preuves si déconcertant que nous n'osons même pas les énumérer.

Nous discuterons successivement les 4 théories suivantes : la théorie réflexe, la théorie du choc, la théorie toxique, la théorie nerveuse.

I

THÉORIE RÉFLEXE

Attribuer les vomissements de la grossesse à un phénomène réflexe, à point de départ utérin, l'utérus étant l'organe subissant le plus de modifications apparentes au cours de la gestation, devait être la première idée se présentant à l'esprit du chercheur.

En effet, dès 1641, nous voyons GUILLEMEAU, élève d'Ambroise PARÉ, accuser « la trop grande abondance d'humeurs accumulées dans l'estomac dont les nerfs ont intelligence et trafic avec la matrice ».

Au siècle suivant, MAURICEAU écrit que ces vomissements ne proviennent pas toujours, comme l'on pense, des humeurs corrompues amassées dans l'estomac, à la suite de la suppression des menstrues ; mais que leur source réside dans la sympathie qui existe entre l'estomac et la matrice, car ces deux organes communiquent entre eux par leurs nerfs et présentent une grande similitude de substance.

DELAMOTTE, à la même époque. regarde la sympathie qui existe entre l'estomac et la matrice, comme la principale cause des vomissements de la grossesse. A ses yeux, la sympathie est si évidente qu'elle se traduit même en dehors de la gestation et que la simple action du coït détermine parfois le vomissement, ainsi qu'il a pu l'observer à différentes reprises chez des malades.

Il a même signalé des cas où « des filles éprouvent à l'approche de leurs règles des douleurs analogues à celles de l'accouchement et vomissent avec une extrême violence ».

Ce que ces auteurs anciens devinent à l'aide d'une bonne observation clinique, OEDEN TUJAI le traduit objectivement lorsqu'il souligne les connexités anatomiques entre utérus et estomac : « Sans compter les relations vasculaires, l'utérus est principalement en connexion intime avec les branches stomachiques antérieure et postérieure du pneumogastrique par l'intermédiaire du ganglion solaire et du plexus sympathique. »

Prenant cette notion comme point de départ, on a voulu trouver successivement dans toutes les anomalies utérines existant au cours de la grossesse la cause des vomissements.

BENNET en 1844 montre le rôle des ulcérations du col ; GRAILY HEWITT en 1872 celui des déviations utérines ; MAC CLINTOCK en 1873 pousse encore plus loin cette idée et voit dans la simple surdistension utérine par les grossesses doubles et l'exagération du liquide amniotique l'origine du réflexe.

COPEMAN, en 1874, invoque l'inextensibilité d'un col

rigide. Toute la pathologie utérine fournit successivement des arguments à cette théorie. Dans quelques cas il est impossible de nier l'action du réflexe à point de départ utérin dans la genèse des vomissements : il en est ainsi dans l'observation publiée par René BRIAU dans la *Gazette Hebdomadaire* (t. III, 1856) que nous résumerons ici : Mme X... âgée de 25 ans, III-pare, a eu quelques malaises au cours des grossesses antérieures. Enceinte depuis le début de mars, elle commence à vomir vers le milieu d'avril. Bientôt, l'intensité des vomissements devient telle qu'elle est obligée de garder le lit. Amaigrissement considérable; elle conserve à peine de temps en temps un peu d'eau. Etant donné l'existence d'un écoulement leucorrhéique et le faible développement de l'utérus au 3^e mois, on se décide à faire un toucher; l'utérus est en rétroversion incomplète, profondément logé dans l'excavation du bassin, incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac, il ne peut franchir l'angle sacro-vertébral.

Par une manœuvre habile on dégage l'utérus et en le faisant remonter on le ramène dans l'axe du détroit abdominal. Mme X... se sent immédiatement soulagée. Le même jour les vomissements cessent et la malade peut digérer quelques aliments légers. »

Cependant le rôle des anomalies utérines dans la genèse des vomissements n'est pas toujours celui qu'on serait tenté de lui attribuer, comme le montre l'observation publiée par le Professeur PINARD, concernant une femme dont les vomissements cessèrent à la suite d'inhalations d'oxygène, alors que la réduction spontanée d'une rétroversion n'avait amené aucun soulagement.

Nous admettons avec METTLER : « que ces lésions variées, comme irritants excentriques, accompagnant la grossesse, peuvent occasionnellement donner naissance aux vomissements persistants; mais lorsque nous nous souvenons combien sont nombreuses les femmes enceintes qui souffrent

de ces lésions et qui n'ont aucun pytalisme ou simplement ne présentent à la fin qu'une forme légère de cette affection, et quand nous nous rappelons aussi qu'il n'existe aucun rapport entre la gravité des vomissements et la gravité des lésions existantes, nous sommes obligés de chercher ailleurs la vraie source de la maladie et de ne regarder ces lésions que comme des causes occasionnelles probables. »

A ceux qui invoquent l'inextensibilité du col et les résultats de la méthode de COPEMAN, nous ferons remarquer avec FIEUX : « Que les 3 observations initiales de cet auteur ont trait, la première, à une femme enceinte de 6 mois dont le col était suffisamment dilaté pour permettre avant tout effort le passage du doigt ; la deuxième à une femme enceinte de 2 mois dont le canal cervical était assez large pour permettre aussi la facile introduction de l'index ; la troisième à une femme enceinte de 8 mois, ayant de l'albuminurie et du pus dans les urines et dont le col de grande multipare (10 grossesses antérieures) devait avoir, j'imagine, une très grande souplesse, détail dont l'observation ne souffle mot » (1).

De l'ensemble de ces faits et de notre expérience personnelle nous croyons pouvoir conclure qu'il y a intérêt à supprimer toute irritation d'origine utérine, quand cela est possible ; mais nous nous gardons d'attacher à cette thérapeutique une influence prépondérante, puisque, dans tous les cas où nous avons traité les malades du point de vue gastrique seul, les résultats ont toujours été aussi remarquables.

II

THÉORIE RATTACHANT LES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES AUX PHÉNOMÈNES DE CHOC

Cette théorie pathogénique est la plus récente : elle a été exposée en 1923 par M. LÉVY-SOLAL, qui lui a consacré

plusieurs publications, dont quelques-unes en collaboration avec ses élèves; l'un d'eux l'étudie dans sa thèse (2).

Elle s'appuie tout d'abord sur les caractères cliniques des vomissements gravidiques : « Cette description saisissante, écrit COHEN-SOLAL, fait bien ressortir quelques particularités des vomissements gravidiques : brusquerie d'apparition, cessation immédiate, absence de troubles secondaires ». Ces caractères sont discutables, à notre avis : un grand nombre d'étapes se succèdent entre le petit vomissement du matin et le vomissement incoercible qui conduit à l'inanition. La cessation immédiate n'a aucune signification au point de vue anaphylactique : un réflexe disparaît dès que sa cause est supprimée. Enfin, l'absence de troubles secondaires n'est pas telle que les auteurs l'indiquent : l'inanition et le cortège de symptômes qui l'accompagnent méritent d'être qualifiés symptômes secondaires.

Elle s'appuie aussi sur l'expérimentation : on constate chez les femmes qui vomissent une sensibilité spéciale aux extraits placentaires et fœtaux.

Les auteurs recherchent cette sensibilité par la méthode des cutiréactions, le test de l'hémoclasie étant inutilisable à cause des modifications sanguines dues à l'hyperémèse et à cause de l'hypotension habituelle.

Malgré l'intérêt de telles recherches, nous ne pensons pas qu'elles permettent, au point de vue pratique, d'entirer des conclusions absolues : on connaît trop bien l'inconstance de l'épreuve, à l'heure actuelle.

Il peut exister une hypersensibilité générale sans hypersensibilité de la peau et inversement une réaction cutanée positive sans hypersensibilité de l'organisme vis-à-vis de l'antigène employé.

L'épreuve thérapeutique par désensibilisation qui a donné à MM. LÉVY-SOLAL et COHEN-SOLAL quelques beaux résultats n'est pas démonstrative : les résultats sont très

supérieurs par désensibilisation non spécifique, c'est-à-dire par peptonothérapie.

Pourquoi accuser l'instabilité des extraits placentaires glycerinés et la variabilité de leurs effets, si l'on accorde pleine et entière confiance aux réactions cutanées fournies par ces mêmes extraits?

Il me semble que les auteurs ont, comme cela arrive si fréquemment, attribué à des phénomènes de choc des états liés simplement à un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif qui est susceptible d'exister au cours du choc véritable.

Si l'on se refuse à nous accorder le bien-fondé de cette remarque, il faut alors classer sous cette dénomination toute la pathologie fonctionnelle.

III

THÉORIE TOXIQUE, L'HÉPATOTOXÉMIE

La théorie toxique a connu une vogue considérable au début de ce siècle. Elle est née des idées de Ch. BOUCHARD sur l'autointoxication qu'il a résumées de la manière suivante dans une de ses leçons : « Cette intoxication prend naissance dans l'organisme par le fait de la vie même des éléments cellulaires qui se nourrissent et se dénourrissent sans cesse, qui assimilent et désassimilent, qui sécrètent et excrètent, qui font des toxines et des antitoxines, qui ont leur polymorphisme, leur modalité fonctionnelle individuelle chez chaque sujet, leur vie pathologique. Cette production pour ainsi dire physiologique de poisons se produit chez certains sujets avec une intensité remarquable et peut subir des modifications à la suite de maladies infectieuses, des altérations des organes à sécrétion interne, des évolutions physiologiques de l'organisme » (3).

C'est l'accélération du pouls qui a surtout conduit le Professeur PINARD à rattacher les vomissements gravidiques à une intoxication : « Pendant la gestation, les femmes qui vomissent sont des intoxiquées ; il n'y a pas deux sortes de vomissements. Le vomissement est le premier symptôme apparent d'une intoxication dont l'organisme triomphe le plus souvent, mais aussi pouvant entraîner la mort après avoir déterminé des symptômes multiples et variables suivant la réaction individuelle, mais dont le plus constant, le plus facilement appréciable et en même temps le plus grave est l'accélération du pouls » (4).

BOUCHARD avait montré que : « Si l'organisme fabrique des poisons et pourtant ne s'empoisonne pas, c'est parce que le foie en arrête une partie et que le reste est éliminé ».

MASSEN, PAULOW, HAHN, NENCKI avaient confirmé par leurs expériences sur le chien le rôle antitoxique du foie. Aussi est-ce à l'insuffisance hépatique que le Professeur PINARD attribue la responsabilité des vomissements : « La nature des autointoxications, d'une part, celle du rôle du foie dans ces intoxications, les expériences de BOUCHARD, celles de nos confrères russes me semblèrent justifier mon hypothèse concernant la cause des vomissements que je rattachai à ce que j'ai appelé l'autointoxication gravidique ou toxémie gravidique par insuffisance hépatique ».

Le Professeur PINARD admit d'abord l'existence, à la base de cette toxémie, d'une fragilité spéciale de la cellule hépatique lésée antérieurement. Puis il émit l'hypothèse qu'au cours de la gestation il s'élaborait une toxine, déversée dans le sang, amenée jusqu'au centre du vomissement qu'elle excite au point de provoquer ce vomissement.

Plus tard, il constata lui-même la fragilité de cette théorie, lorsqu'il fut amené à admettre que les phénomènes toxiques de la fin de la grossesse n'ont aucun rapport avec ceux que l'on observe au début : à la fin, albuminurie, œdèmes, hypertension sont des symptômes habituels et les vomissements sont exceptionnels ; au début, au contraire,

les vomissements sont constants et s'accompagnent d'hypotension.

Il faut donc admettre deux agents d'intoxication différents : « Mais, si ce que j'observai en clinique me démontra que l'intoxication pouvait produire et produisait des manifestations variables suivant la réaction des organismes intoxiqués, d'autre part je pensai que l'agent toxique ne devait pas être le même pendant toute la durée de la gestation ».

Il nous sera facile de montrer combien ces hypothèses résistent peu à l'examen des faits.

Tout d'abord, nous avons prouvé que la tachycardie n'avait aucune signification au point de vue intoxication, puisqu'elle est liée soit à la dilatation atonique de l'estomac (ptose), soit à la déshydratation de l'organisme, soit encore à une irritation du sympathique antérieure à la grossesse. En outre, tous les auteurs qui ont étudié la fonction hépatique au cours de la grossesse, sont d'accord pour affirmer qu'on n'observe aucun trouble avant le 5^e mois. Ces modifications hépatiques tardives sont elles-mêmes difficiles à interpréter, car il ne paraît pas exister à l'heure actuelle d'épreuve capable d'affirmer la valeur fonctionnelle du foie (5). Les épreuves basées sur la fonction glycogénétique présentent de nombreuses erreurs, suivant les Professeurs ACHARD et CASTAIGNE, parce que l'utilisation du sucre est un phénomène complexe, en relation avec l'état des fonctions intestinales et rénales et avec la capacité des autres tissus à fixer et à transformer le sucre.

Pour M. BRULÉ (6), la glycosurie est due à un abaissement du seuil du glucose au niveau du rein plutôt qu'à du diabète. Les mêmes causes d'erreur interviennent dans les épreuves proposées par le dosage de l'urée, de l' NH_4 et des acides aminés.

Les variations du régime alimentaire empêchent de trouver des indications plus précises dans l'étude des rapports qui lient entre eux les éléments azotés de l'urine et du sang.

Les tests du bleu de méthylène de ROCH, de l'indicanurie

sont passibles d'objections importantes. L'urobilinurie qui existe pour CRAINICIANU et POPPER dans 12 % des cas environ, à la fin de la grossesse, ne permet pas de juger l'état du foie, puisque cet organe prend à sa formation une part indéterminée.

L'épreuve du choc colloïdoclasique est discutable, étant donné qu'elle est parfois positive chez des sujets sains.

Il nous reste donc comme seules notions importantes la présence de sels et de pigments biliaires dans les urines ; mais CRAINICIANU et POPPER ont trouvé ces deux éléments avec une assez grande fréquence chez des femmes absolument normales cliniquement.

Tous ces faits nous incitent à penser que s'il existe de l'insuffisance hépatique, au cours des vomissements de la grossesse, elle est, non pas à l'origine des vomissements, mais la conséquence de la dénutrition.

Encore faut-il se garder d'attribuer à un trouble organique du foie le syndrome urinaire, le subictère ou l'ictère que nous avons vu n'être que des troubles purement fonctionnels.

La théorie de l'autointoxication du Professeur PINARD cadre mal avec l'ensemble de ces constatations. On peut lui opposer encore des arguments valables pour toutes sortes d'intoxications : la précocité d'apparition des vomissements, la rapidité de leur disparition s'effectuant sans laisser de traces, à la suite d'un traitement opportun ou même à la suite d'un avortement provoqué ; la rareté de la mort du fœtus si fréquente au cours des vraies intoxications, la si faible capacité d'absorption des produits toxiques d'origine ovulaire, puisque les femmes portant un fœtus mort et macéré ne présentent aucun phénomène pathologique, tant que l'œuf est fermé ; enfin, l'absence habituelle de lésions hépatiques à l'autopsie.

Terminons ce chapitre en citant l'opinion du Professeur BAR : « Si vous lisez les nombreux mémoires publiés sur l'autointoxication, sur l'hépatotoxémie de la grossesse nor-

male et sur leurs conséquences; si en les lisant, vous oubliez l'autorité de ceux qui les ont écrits et si vous n'acceptez leurs conclusions qu'après avoir consulté les documents sur lesquels elles reposent, vous ne manquerez pas d'être surpris du contraste qui existe entre la pauvreté de la science et l'intransigeance de ceux qui considèrent la théorie de l'hépatotoxémie gravidique comme intangible et définitive ».

LA VILLOTXÉMIE.

La théorie villotoxémique a connu également une vogue importante, que l'on s'explique difficilement si l'on considère les éléments sur lesquels elle a été fondée.

Son origine remonte aux théories d'EHRlich que VEIT avait adaptées à l'éclampsie: au cours de la grossesse, les villosités du chorion pénètrent dans la muqueuse utérine, la perforant de telle façon que le sang maternel se trouve épanché entre les organes intervilloux et les cellules syncytiales qui recouvrent les villosités choriales sont balayées par le sang maternel. Ces cellules syncytiales sécrètent un poison (syncytiolysine) que l'organisme tend à annihiler en formant des anticorps.

C'est la formation en quantité exagérée des syncytiolysines qui détermine l'intoxication éclamptique.

Cette théorie fut combattue par FIEUX qui fit remarquer justement que l'éclampsie survient, en général, à la fin de la grossesse, alors que les villosités choriales sont surtout actives au début: « Sans vouloir infirmer l'opinion de VEIT, dit-il, nous ferons observer que les accidents dus à l'autointoxication sont d'autant plus fréquents que l'on se rapproche du terme, tandis que les productions syncytiales deviennent de plus en plus rares. »

Après cet échec, les auteurs allemands, en particulier BEHM et POTEN eurent l'idée de reprendre la théorie en l'appliquant aux vomissements de la grossesse qui sont au contraire plus fréquents pendant les premiers mois.

En France, FIEUX accepte avec enthousiasme cette idée qu'il défendit au Congrès de Toulouse, en 1910. Il ajouta que les phénomènes de toxémie sont plus fréquents avec l'œuf double et peuvent présenter une intensité exceptionnelle dans la môle hydatiforme, c'est-à-dire, dans les cas de tumeurs ovulaires caractérisées par la prolifération du tissu épithélial.

Enfin, ayant imaginé de rechercher à la suite de BEAUVY et CHIRIÉ, dans le sang maternel, des anticorps par la méthode de déviation du complément, en utilisant comme antigène, soit des extraits de villosités d'œufs humains de six semaines à deux mois, soit des extraits de placenta de quatre mois, il arriva aux conclusions suivantes : « C'est vraisemblablement dans l'œuf âgé de quelques semaines à trois mois que se retrouve particulièrement l'antigène ou élément toxique spécifique. »

En appliquant la méthode de BORDET et GENGOUX avec cet extrait de villosités comme antigène, FIEUX et MAURIAC affirmèrent : 1° que le sang de la femme enceinte contient au début de la grossesse un anticorps spécifique de l'élément toxique propre à la villosité choriale ; 2° que cet anticorps est décelé avec une grande netteté dans le courant du 2^e et du 3^e mois ; 3° qu'il s'atténue très vite dès le 4^e mois et qu'on ne le décèle plus dans les mois suivants.

Mais, peu à peu, on a vu que la réaction était imprécise et délicate. CHIRIÉ et BEAUVY avaient déjà enregistré des résultats négatifs, BAR et DAUNAY des résultats inconstants.

FIEUX et MAURIAC eux-mêmes, au Congrès de Bruxelles, de 1919 avouent : « Qu'au point de vue pratique cette méthode est d'une trop grande délicatesse et trop sujette à l'erreur pour pouvoir jamais entrer dans la pratique courante. »

Malgré tous ces échecs, on essaya de traiter les vomissements de la grossesse par une sérothérapie spécifique, en injectant du sérum de femmes enceintes ayant mené à terme leurs grossesses sans troubles.

FIEUX et DANTIN tentèrent cette thérapeutique, sans succès

d'ailleurs, dans un cas de vomissements graves, à la suite de MAYER et LINSER (de Tubingue) qui avaient guéri une dermatose gravidique par des injections de sérum de femme enceinte.

Depuis, les essais furent très inconstants et les rares cas de guérison ne permettent pas de conclure à une action spécifique puisqu'on connaît l'effet bienfaisant des injections de sang sur le système nerveux au même titre que la peptonothérapie de M. LÉVY-SOLAL.

L'action comparable du sang d'homme employé par M. LE LORIER semble confirmer notre opinion.

D'autres recherches du même ordre furent poursuivies par ABDERHALDEN sur les ferments protéolytiques antiplacentaires du sang, sans plus de succès ; car il fut facile de démontrer que la réaction n'avait rien de spécifique, puisqu'elle est positive avec du sérum de femme non enceinte et même avec du sérum de sujets du sexe masculin. L'hypothèse de la villotoxémie n'apporte donc rien de plus en faveur de la toxémie que la théorie de l'hépatotoxémie. On peut lui objecter les arguments d'ordre général que nous avons précédemment étudiés.

IV

THÉORIE NERVEUSE

Le rôle de la névrose et du pithiatisme dans la pathogénie des vomissements de la grossesse a été envisagé par un grand nombre d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger.

Déjà en 1863, Alexandre GUÉNIOT mentionnait dans sa thèse d'agrégation « le tempérament nerveux dont on trouve l'indication dans la plupart des observations » ; mais il y attache une importance secondaire et le classe dans les causes auxiliaires générales.

En 1881, AHLFELD publie l'observation d'une femme chez laquelle les vomissements incoercibles ont été supprimés du jour au lendemain, lorsqu'elle a eu à soigner un de ses enfants gravement malade. Ultérieurement, il publie d'autres observations montrant que les vomissements ne sont chez un grand nombre de femmes que l'exagération d'une névrose hystérique réflexe due à la grossesse et entretenue par elle.

En 1882, DOLÉRIS émet sa théorie de l'hyperexcitabilité du système nerveux. Il rapproche les vomissements de la grossesse des vomissements que l'on observe, en dehors de la gestation, « chez certaines femmes neurasthéniques après une période de dénutrition aboutissant à un amaigrissement extrême et à un arrêt fonctionnel de certains organes, en particulier l'estomac, l'intestin, les appareils de sécrétion » et chez « des névropathes chez lesquelles on constate de véritables formes frustes de la maladie de BASEDOW » ; nous dirions aujourd'hui, chez des déséquilibrées du système nerveux végétatif.

En 1884, MORIVAL écrit dans sa thèse : « Les auteurs croient avoir affaire à une affection d'origine purement nerveuse, à une sorte de névrose présentant certains rapports avec l'hystérie. Les manifestations de cette névrose seraient dues à une simple exagération de la sensibilité réflexe par les fibrilles nerveuses émanant du tissu utérin. » Cette opinion repose sur l'existence de troubles nerveux avant l'apparition des vomissements et la rapidité des guérisons sous l'influence d'une violente émotion, d'une simple distraction ou de la satisfaction des caprices de nourriture.

En 1891, KALTENBACH publie un travail sur cette question où il nous dit « Qu'il ne s'agit pas d'altérations anatomopathologiques spéciales, mais d'une véritable névrose fonctionnelle dans laquelle l'excitabilité réflexe est augmentée, la faculté modératrice des réflexes diminuée ; mais où l'énergie empêchant les réflexes de se produire suivant certaines voies nerveuses peut être restaurée tout d'un coup, grâce à certaines influences psychiques ».

En 1893, LUEZ rapporte dans sa thèse deux cas de vomissements incoercibles guéris par l'hypnotisme et conclue que ces vomissements sont sous la dépendance immédiate du système nerveux. Quant à la nature de cette influence nerveuse, nous pouvons dire qu'elle est due à une idiosyncrasie de l'individu, une sorte de débilité nerveuse se confondant tantôt avec l'hystérie, tantôt avec la neurasthénie ».

En 1894, dans son *Traité des maladies de la grossesse*, VINAY écrit : « que la véritable cause des vomissements incoercibles, c'est l'état pathologique du système nerveux. C'est une névrose fonctionnelle qui se caractérise par une excitabilité anormale des réflexes et qui est vraisemblablement de nature hystérique ».

En 1898, KLEIN (de Munich) reprend les idées émises par KALTENBACH ; mais il préconise comme adjuvants au traitement le repos au lit et la diète. Il insiste aussi sur le fait : « qu'il faut fortifier la volonté de la malade en la rendant consciente du but à atteindre et ne pas employer l'hypnotisme et la suggestion qui affaiblissent la puissance de volonté des malades, en plaçant leur volonté sous une volonté étrangère ».

En 1904, dans leur *Traité de Pathologie gastro-intestinale*, A. MATHIEU et J. Ch. ROUX montrent l'influence du milieu et l'importance de l'isolement : « Les vomissements incoercibles, écrivent-ils, sont souvent de nature hystérique. Pendant les premiers mois, presque toutes les femmes enceintes ont des nausées et des vomissements espacés qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus ou à quelque état d'intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales particulières donnent à ces vomissements une allure plus grave. Les attentions multiples de l'entourage, les précautions prises contre les vomissements, les mines des convives au début du repas, dès que se produit le moindre malaise, agissent comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit

d'une jeune malade prédisposée l'idée de la nécessité du vomissement. C'est dans ces conditions que se développent les vomissements incoercibles qui ont parfois une allure si grave ».

BELOUX, élève d'A. MATHIEU, défend la même idée dans sa thèse (9) et SENDRAL, dans un travail intéressant et original, montre que la fréquence des vomissements dépend de la catégorie sociale à laquelle appartiennent les femmes, notion qui s'étend même aux animaux, puisque les chiennes et les chattes de bonne maison seules vomissent.

Plus récemment, le Professeur BRINDEAU et LANTUÉJOUL dans le *Paris Médical* de juin 1924, LANTUÉJOUL dans une conférence, faite à la Clinique Tarnier en 1927, HAGE dans sa thèse ont abordé cette question.

S'appuyant sur les guérisons réalisées par la persuasion, la rareté de la mort du fœtus *in utero* et de l'avortement spontané, la rapidité de l'amélioration de l'état général après cessation des vomissements, ils considèrent ceux-ci comme des vomissements pithiatiques. Toutefois, pour eux, le pithiatisme n'est pas seul en jeu : « Dans tous les cas, une base organique, plus ou moins importante, existe et sur cette base se greffent des phénomènes pithiatiques, parfois légers, parfois au contraire d'une telle intensité qu'ils dominent la scène et masquent la lésion organique originelle ». Au point de vue thérapeutique, ils préconisent l'isolement complet des malades, le repos au lit, la psychothérapie, les calmants du système nerveux et la réhydratation.

Nous avons consacré à l'exposé de l'histoire de la théorie nerveuse une énumération peut-être un peu longue des principaux travaux parus sur le sujet, pour bien montrer l'importance accordée au système nerveux par un grand nombre d'auteurs.

Nous allons passer en revue maintenant tous les arguments qu'on peut leur opposer et tâcher de préciser le rôle que l'on doit en définitive attribuer au système nerveux. Tout

d'abord, une division préalable paraît s'imposer entre les deux conceptions, névrose et pithiatisme.

La névrose est une irritabilité spéciale du système nerveux, alors que l'hystérie, si nous acceptons la définition de BABINSKI « est un état psychique rendant le sujet capable de s'autosuggestionner. L'hystérie se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. La caractéristique des troubles primitifs réside dans la possibilité de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. La caractéristique des troubles secondaires est leur subordination étroite à des troubles primitifs ».

Si les vomissements de la grossesse dépendaient réellement du pithiatisme, on ne comprend pas bien comment ils peuvent apparaître avant que la femme ait la notion de l'existence de la grossesse. Nous savons, en effet, que bien souvent ils avertissent la malade du début de la conception.

GERST nous rapporte que sur 843 femmes observées par lui, 44 allaitaient pendant les premiers mois de leur grossesse dont elles ignoraient l'existence : dix d'entre elles avaient des vomissements.

Pourquoi, dirons-nous avec FIEUX, les vomissements seraient-ils la seule manifestation pithiatique au cours de la grossesse, alors que le vomissement est un symptôme exceptionnel chez les pithiatiques ?

Tous les auteurs s'accordent pour dire que les vomissements pithiatiques influencent fort peu l'état général et nous voyons trop souvent les vomissements de la grossesse l'affecter de façon inquiétante.

Il n'est pas jusqu'à l'argument thérapeutique de la suggestion qui ne soit susceptible de critiques : la suggestibilité se vérifie avec une grande fréquence en dehors de l'hystérie. Nous avons souvent fait le « dosage de la suggestibilité » sur les malades de la consultation de mon père à

l'Hôtel-Dieu, en utilisant la technique qu'il a décrite dans la *Gazette des Hôpitaux* (3 et 5 mars 1925) ; nous avons été surpris de voir cette recherche très souvent positive.

Or, fait assez curieux, chez les vomisseuses nous provoquons rarement des symptômes par suggestion.

Pourquoi un accoucheur ayant une grande situation scientifique, utilisant la technique thérapeutique de G. LEVEN, mais l'appliquant incomplètement, signale-t-il à mon père ses échecs, alors que tel de ses élèves appliquant la méthode avec une minutie scrupuleuse parvient à guérir toutes ses malades ?

On a objecté à G. LEVEN que lui aussi faisait de la suggestion. Mais alors comment expliquer que dans les formes dyspeptiques pures, il faille généralement attendre 4 jours pour voir finir les vomissements, alors que dans les cas de dilatation atonique, la pose de la bande de crêpe bien appliquée les supprime presque instantanément ?

A-t-on le droit d'invoquer la suggestion en présence de femmes qui ne cherchent qu'à faire durer leurs vomissements, car elles espèrent qu'on sera obligé de recourir à un avortement qu'elles appellent de tous leurs vœux, comme en témoignent certaines observations recueillies par nous ou par d'autres ?

A-t-on le droit de parler de suggestion pour la malade qui raconta après guérison, qu'elle se considérait comme perdue pour le motif suivant : pour améliorer des sensations pharyngées qui favorisaient la sialorrhée, mon père lui prescrivit de sucer des boules de gomme. Cette prescription si simple l'avait amenée à conclure que son cas était désespéré. Si on ne lui conseillait rien de plus, c'est qu'on jugeait qu'aucun médicament n'était plus susceptible d'agir.

A-t-on le droit de parler de suggestion dans le cas suivant : il s'agit de l'observation prise avec Mme le Dr MASSELIN concernant une malade dont la grossesse avait 6 semaines ; elle avait vomi 3 mois et demi au cours des

2 premières et avait été avortée par un accoucheur des Hôpitaux pour la 3^e, tant les accidents étaient graves. Au cours de cette 4^e grossesse, les vomissements avaient les mêmes caractères de gravité qu'au cours de la précédente, lorsque la Doctoresse MASSELIN appela G. LEVEN auprès de sa cliente. La guérison fut rapide et complète : au cours de la dernière visite, 15 jours après la cessation des vomissements, la malade exprimait sa reconnaissance à ceux qui l'avaient soignée et ajoutait spontanément qu'elle s'était laissé traiter docilement, mais qu'elle n'avait eu aucune confiance dans le traitement nouveau, instruite par ses 3 grossesses antérieures.

A-t-on le droit de parler de suggestion dans le cas d'une malade adressée à mon père par le Dr Marcel FERRAND, refusant de le voir, cachant son visage dans son mouchoir, durant la première visite, aussi incrédule que la précédente sur l'efficacité du traitement, n'oubliant pas que dans les mêmes conditions, malgré tout ce qui avait été tenté, elle avait avorté spontanément ?

Loin de nous de nier l'action possible de la suggestion chez quelques malades, mais avant d'invoquer cette action il faut s'assurer que la suggestion a été utilisée isolément, ce qui, en général, n'est pas le cas.

En effet, le seul fait de coucher les malades constitue déjà un acte thérapeutique d'une très grande importance, en dehors de toute action psychique. L'isolement utilisé par le Professeur BRINDEAU et LANTUÉJOUL supprime l'irritation du système nerveux, non seulement psychique, mais encore physique. En outre, comme l'ont montré ALB. MATHIEU et J. CH. ROUX, il agit comme stimulant de la volonté chez des malades qui souffrent de la séparation des leurs et de la solitude absolue.

Enfin, en admettant même que l'action de la suggestion doive être invoquée, elle nous paraît agir par l'intermédiaire d'une influence somatique, en modifiant des spasmes qu'elle est aussi bien capable de faire apparaître que de

faire disparaître, suivant les cas et essentiellement en influençant l'acte respiratoire.

Cette dernière remarque justifie une explication : la suggestion bienfaisante calme l'angoisse ; celle-ci est une des impressions morales qui agit le plus défavorablement sur la respiration, en l'entravant en quelque sorte. Toutes les causes facilitant l'acte respiratoire sont par contre capables de diminuer ou de supprimer l'état angoissant et, ce faisant, elles favorisent l'hématose, l'irrigation bulbaire, le rythme cardiaque et finalement les sécrétions glandulaires.

Citons pour terminer une curieuse observation de MITCHELL ayant trait aux vomissements des maris de femmes enceintes : il s'agit d'un homme dont la femme devient enceinte 5 années après le mariage et qui commença à vomir. Le mari, qui tenait fidèlement société à celle-ci, finit par vomir également. A la grossesse suivante, les mêmes phénomènes se reproduisirent. A la 3^e, la femme cessa d'avoir des vomissements. Le mari, par contre, eut des vomissements incoercibles, chaque fois qu'il connut l'état de sa femme, durant un ou deux mois et dans un cas plus longtemps encore. Voilà les vomissements pithiatiques de la grossesse !

* * *

Toutes ces constatations cliniques nous éloignent de la conception pithiatique des vomissements de la grossesse. Toutes nos remarques cliniques et thérapeutiques nous incitent au contraire à évoquer l'hyperexcitabilité du système nerveux, qu'on l'appelle « névrose » ou de tout autre nom.

C'est elle qui est le substratum de la dyspepsie ; c'est elle qui régit les réactions solaires d'un plexus irrité chez les ptosiques ; c'est elle qui conditionne la symptomatologie de l'aérophagie si souvent observée au cours de ces vomissements de la grossesse.

Cette hyperexcitabilité est primitive ou secondaire. Pri-

mitifs ou secondaires sont encore les troubles endocriniens que l'on constate ; primitif ou secondaire est, enfin, l'état psychique.

C'est dire que l'hyperexcitabilité du système nerveux a des causes aussi nombreuses que ses conséquences.

Hypothèses, dira-t-on ! Il semble cependant que ces hypothèses ont servi à édifier une thérapeutique constamment efficace ; elles méritent donc bien d'être prises en considération ; c'est elles qui ont conduit au but final, la recherche de la guérison. Elles ont donc fait plus que satisfaire des tendances doctrinales.

ENDOCRINOLOGIE ET VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

On peut être surpris de ne trouver aucune mention des théories endocriniennes dans notre classification des théories pathogéniques des vomissements de la grossesse.

S'il en est ainsi, c'est que les différents auteurs qui ont étudié le rôle des sécrétions internes, qu'il s'agisse du corps jaune, des capsules surrénales, de l'ovaire, etc. ont toujours abouti à la notion d'intoxication contre laquelle nous nous élevons avec force.

Si l'on considère, au contraire, l'influence des glandes endocrines sur un terrain propice aux vomissements, l'action du déséquilibre endocrinien sur le déséquilibre du système nerveux, il y a là toute une étude du plus haut intérêt.

Nous avons renoncé à entreprendre cette étude autant devant l'immensité du sujet que devant la complexité des faits. En effet, en parcourant les travaux publiés sur cette question, on sera frappé des divergences des constatations : à côté d'observations typiques d'accidents hypothyroïdiens on voit des états basedowiens, non moins typiques.

Alors que les modifications du tissu élastique semblent témoigner d'une insuffisance hypophysaire, il n'est pas exceptionnel de noter, au contraire, pendant la grossesse,

un accroissement des extrémités, comme chez cette malade de LÉOPOLD-LÉVI dont la pointure de souliers passa de 34 à 38, démontrant l'hyperfonctionnement de l'hypophyse.

Il semble qu'on peut interpréter ces faits, en admettant que la grossesse n'exerce pas une action définie sur les glandes à sécrétion interne, mais qu'elle exagère une tendance endocrinienne, un tempérament.

Ce n'est donc pas l'endocrinologie de la grossesse qu'il faudrait étudier à propos des vomissements, mais toute l'endocrinologie pendant la grossesse, travail qui ne trouverait pas ici sa place.

Terminons cependant en disant qu'on peut demander à l'opothérapie une aide précieuse, surtout pour prévenir les vomissements, en rétablissant l'équilibre neuroglandulaire.

VI

Traitement

La thérapeutique est simple ; importance de l'application précise des plus petits détails de la technique.

Prescriptions générales : le repos au lit ; le régime alimentaire de chaque jour. — Les médications par voie buccale, par voie rectale et par voie hypodermique.

Prescriptions spéciales à chaque forme de vomissements : le traitement de l'aérophagie ; le traitement de la dilatation gastrique ; mode d'emploi de la bande de crêpe destinée à réaliser le relèvement gastrique ; les cas où cet emploi doit être différé.

Prescriptions complémentaires : le traitement de l'hyperesthésie cutanée ; son extrême importance ; la cellulite.

Le traitement exceptionnel de la constipation.

Le traitement au début de l'accès nauséeux.

VI

Traitement

Des traitements très nombreux, basés sur les diverses conceptions pathogéniques des vomissements de la grossesse, ont été proposés, variant avec chaque nouvelle doctrine : tous possèdent des guérisons à leur actif. Aucun jusqu'à ce jour n'a donné de résultats constants.

La thérapeutique que nous exposons ici nous a permis à mon père et à moi, ainsi qu'à tous les accoucheurs et médecins qui l'ont correctement employée de n'enregistrer que des succès, quelle que fut la gravité des cas traités : au cours de ces dix dernières années, ce traitement n'a subi que des modifications minimales, portant sur des points de détails.

C'est une thérapeutique très simple et en même temps très délicate ; très simple, car tous ses éléments sont d'une réalisation facile ; très délicate, parce qu'elle exige une connaissance approfondie de notre conception et une minutie extrême dans son application.

L'exemple suivant, vécu tout récemment encore, en fournit la démonstration : dans un hôpital parisien où notre méthode est appliquée avec une grande intelligence, on nous appelle auprès d'une malade dont les vomissements n'étaient pas enrayés dans les délais habituels. L'examen de la malade nous permit de constater l'existence d'une hyperesthésie cutanée très vive au niveau de la région épigastrique, hyperesthésie qui avait échappé au médecin. Nous pratiquons une injection intradermique de novocaïne

pour supprimer cette sensibilité cutanée : arrêt immédiat des vomissements.

Rappelons également l'observation citée plus haut, concernant une malade n'ayant pas exactement pris les doses médicamenteuses indiquées et dont les vomissements ne cessèrent que du jour où ce détail fut soigneusement rectifié.

Ces faits montrent suffisamment l'importance des moindres détails de cette technique.

Nous diviserons notre exposé en trois parties : dans la première, nous étudierons les éléments thérapeutiques communs à toutes les formes de vomissements ; dans la deuxième, les éléments relatifs à chaque variété, dans la troisième quelques indications complémentaires.

I

PRESCRIPTIONS GÉNÉRALES

LE REPOS AU LIT

Au début du traitement, nous exigeons le repos absolu au lit pour fournir au système nerveux le calme indispensable. C'est un élément d'une importance capitale, puisqu'à lui seul, il permet déjà, dans les cas bénins, d'arrêter les vomissements.

Notre maître le D^r RUDAUX avait l'habitude dans son service de la Maternité, avant de soumettre les malades à notre traitement, d'attendre 24 heures en laissant les femmes à un régime normal et au lit. Cette technique était destinée à éliminer de sa statistique les succès trop faciles.

Par contre, nous nous élevons contre l'emploi systématique de l'isolement qui doit être réservé à des cas exceptionnels. Il est indéniable que l'action de l'entourage est parfois nuisible ; mais combien de fois, au contraire, l'in-

fluence heureuse d'une mère ou d'un mari est-elle utile, si nous savons la diriger !

Sommes-nous certains de trouver dans une maison de santé l'infirmière dont la psychologie, heureusement agissante, nous secondera dans notre tâche ?

Pourquoi condamner enfin nos malades à une réclusion pénible, si nous pouvons les guérir sans recourir à ce procédé ?

Si nous constatons une opposition trop marquée entre la malade et sa famille, des conditions morales et matérielles incompatibles avec notre technique, alors seulement nous demandons une séparation temporaire indispensable.

RÉGIME ALIMENTAIRE.

Il est curieux de voir des auteurs affirmer avec ANDERODIAS qu'il est inutile d'imposer aux malades un régime alimentaire sévère et qu'il faut les laisser libres de choisir elles-mêmes les mets et les boissons qu'elles préfèrent. L'origine de cette erreur tient sans doute au fait qu'un aliment solide est souvent mieux conservé par l'estomac qu'un aliment liquide, le lait, par exemple. Si cette remarque est parfois exacte, la conclusion nous apparaît erronée.

Au lieu de laisser l'estomac au repos, on lui demande un effort de digestion qu'il est incapable de fournir. C'est d'ailleurs ce motif qui nous fait laisser à la diète hydrique et lactée durant les trois premiers jours les malades, sans nous préoccuper des vomissements, car l'expérience nous a prouvé qu'une alimentation solide précoce retardait la guérison.

Cette manière de faire a comme résultat d'amener la cessation des vomissements ou leur diminution très nette dès le 3^e ou le 4^e jour.

RÉGIME ALIMENTAIRE.

1^{er} jour : 1.500 grammes d'infusion (mauve, tilleul ou oranger).

Prendre toutes les heures et demie une tasse à thé (150 gr.) de cette infusion chaude et sucrée. Dix tasses par 24 heures.

2^e jour : 1.500 grammes d'un mélange à parties égales (lait, 750 gr., infusion 750 gr.).

Prendre toutes les heures et demie, une tasse à thé de ce mélange chaud et sucré.

3^e jour : 1.500 grammes de lait.

Prendre toutes les 3 heures une tasse (300 gr.) de lait chaud et sucré. Le parfumer avec de la vanille, de l'eau de fleurs d'oranger, du caramel ou du café, au gré de la malade.

Lavage de la bouche à l'eau bouillie après les prises de lait.

*Alimentation, à partir du 4^e jour.**Petit déjeuner :*

Lait (100 gr.) additionné de tisane (50 gr.). Quelques biscuits.

Déjeuner et dîner :

Oeuf, pâtes ou légumes, dessert ;

ou viande, pâtes ou légumes, dessert ;

ou poisson, pâtes ou légumes, dessert.

Oeufs : un au début ; deux, si la faim l'exige.

Les manger avec une très petite cuiller, pour les fragmenter.

Viande : 30 grammes au début ; augmenter progressivement sans dépasser 60 gr. Donner poulet, jambon, agneau, mouton ou veau.

Poisson : 50 grammes au début ; augmentation graduelle jusqu'à 80 gr. Donner, limande, sole, merlan, colin.

Légumes : au début 130 grammes ; augmentation progressive jusqu'à 180 gr. Donner pommes de terre (non frites), purées de pois, de haricots, de marrons, riz, pâtes sous toutes formes.

(Les poids des aliments indiqués sont les poids des aliments cuits.)

Dessert : 20 grammes de fromage. Biscuits, entremets au riz, au tapioca, à la semoule, crèmes cuites, soufflés, compotes, gelées de pommes, au gré de la malade qui aura un ou deux desserts, selon son appétit et les quantités qu'elle demande.

Si la malade aime les potages au lait, au dîner ce potage peut remplacer le plat constitué par l'œuf, la viande ou le poisson.

Pain : il sera interdit et remplacé par des biscottes (3 par repas au maximum).

Boisson : un verre de tisane par repas (200 gr.). Infusion de mauve, tilleul ou oranger.

MÉDICATIONS.

Les médicaments que nous utilisons pour calmer le système nerveux doivent être donnés au début par voie rectale ou en injections sous-cutanées, car les vomissements fréquents les rendraient inutilisables. Dès le 4^e jour, parfois avant, la voie buccale deviendra la voie d'absorption.

Ces médicaments sont :

- le gardénal ;
- le chloral ;
- le bromure de sodium.

Le gardénal est un de nos auxiliaires les plus puissants, à cause de son action élective sur l'élément angoissé.

S'il y a lieu de l'injecter, il faut utiliser le gardénal sodique : 1/2 ampoule soit 1 cmc. (10 centigrammes) 2 fois par jour.

Le gardénal, sous forme de suppositoires, sera prescrit ainsi :

Gardénal soluble..... dix centigrammes
pour un suppositoire.

Deux suppositoires par 24 heures ; à utiliser une heure avant les prises de liquides correspondant aux deux grands repas.

Dès que l'amélioration des vomissements permet l'emploi de la voie buccale, on prescrira :

Gardénal, comprimés de cinq centigrammes.

Un demi comprimé, 4 fois par 24 heures, 30 minutes avant les 3 repas et 30 minutes avant l'heure du sommeil. Au total 10 centigrammes par jour.

CHLORAL.

Le chloral dont HENROTAY a montré récemment encore l'intérêt dans les vomissements de la grossesse a l'inconvénient d'irriter parfois la muqueuse rectale. Pour atténuer cet inconvénient, il est classique de le donner dans du lait. Nous préférons le prescrire sous forme de sirop de chloral de la manière suivante :

Sirop de chloral..... 45 grammes

pour un lavement. Ajouter 30 à 50 grammes de lait.

Nous donnons ainsi 3 grammes d'hydrate de chloral une ou deux fois par 24 heures, le lavement étant pris 30 minutes avant les prises de liquides correspondant aux deux grands repas ou avant ces deux grands repas, si l'usage en est poursuivi un peu plus longtemps.

BROMURE DE SODIUM.

Nous l'associons toujours au gardénal pour diminuer l'irritabilité médullaire, à la dose de deux grammes par jour.

Bromure de sodium..... 20 grammes

Eau distillée..... 300 grammes

Une cuillerée à soupe prise avec les liquides de midi et du soir au début et plus tard au cours du déjeuner et du dîner.

II

**PRESCRIPTIONS SPÉCIALES
TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE
DE L'AÉROPHAGIE**

L'alimentation des aérophages est celle que nous avons indiquée plus haut. Il est essentiel toutefois de faire absorber à ces malades tous les liquides avec une paille ou un tube de verre, pour réduire au minimum l'avalément d'air.

Dans le même but, on exigera que la malade crache sa salive tant que la sialorrhée ne sera pas fortement diminuée.

Les aérophages prendront le gardénal et le bromure de sodium, mais on leur donnera en outre la potion bismuthée que G. LEVEN utilise systématiquement pour cette catégorie de malades :

Carbonate de bismuth.....	10 gr.
Gomme arabique.....	20 gr.
Eau distillée stérilisée.....	300 gr.

Une cuillerée à soupe 5 fois par jour au début. Puis, 5 cuillerées à dessert et 5 cuillerées à café. Les progrès dicteront la conduite à suivre dans l'emploi des doses.

Pour évacuer les gaz intestinaux (aérogastrie et aérocolie), on utilisera la technique de la bougie soufflée, conseillée par G. LEVEN dans son livre sur l'aérophagie : la malade souffle sur une bougie imaginaire pour en courber la flamme, sans l'éteindre. Il s'agit de réaliser une expiration lente, longue, relativement douce dont la durée sera brève au début, les malades respirant mal, du fait de l'aérogastrie et de l'aérocolie ; la durée de cette expiration augmentera peu à peu, de façon très apparente, au cours de cet entraînement régulier.

Cette expiration forcée, volontaire, sera suivie d'une inspiration involontaire forte et d'autant plus forte que l'expiration aura été plus complète.

Diaphragme et paroi abdominale sont ainsi admirablement mobilisés et le brassage gastrointestinal est réalisé au mieux.

Cette gymnastique respiratoire a en outre l'avantage d'exagérer la ventilation pulmonaire chez des femmes qui souvent ont une capacité respiratoire réduite à tel point que la quantité d'air expirée n'atteint que 600 à 700 centimètres cubes contre 2.500 à 3.000 centimètres cubes, taux normal, comme CABART DANNEVILLE l'a montré dans sa thèse.

Ces exercices respiratoires doivent être faits avec le rythme suivant : une série de cinq expirations toutes les 30 minutes ; 20 séries au total par jour.

L'hématose ainsi améliorée agit sur le centre bulbaire du vomissement, modifie la tachycardie, augmente le taux des urines et les conséquences de ces modifications sont telles que CABART DANNEVILLE a pu guérir des cas de vomissements incoercibles par le simple entraînement respiratoire spiroscopique.

Le procédé de la « Bougie soufflée », peut-être moins parfait que l'appareil de PESCHER, a du moins ce grand avantage de n'exiger aucune instrumentation et d'être réalisable dans toutes les attitudes. Il y a plus : la répétition fréquente d'exercices moins fatigants nous paraît plus active et plus utile encore.

TRAITEMENT DE LA DILATATION GASTRIQUE.

Même alimentation ; mêmes médications : gardénal et bromure.

Une seule indication complémentaire : le relèvement gastrique réalisé par l'immobilisation au lit, le siège relevé par des coussins, 15 minutes par heure, car cette attitude devient rapidement pénible. On peut encore relever les

pieds avant du lit de façon à obtenir le même résultat.

Nous donnons toutefois la préférence au relèvement gastrique obtenu en utilisant une bande de crêpe de 30 centimètres de largeur dont nous avons schématisé la pose dans les figures ci-contre.

Aucune ceinture ne peut lui être comparée ; aucune ne relève mieux l'abdomen, parce qu'elle n'appuie pas sur le pubis, en avant, parce qu'elle descend très bas en arrière, sans gêner les mouvements, parce qu'elle se modèle en quelque sorte sur la malade, épousant tous les contours grâce à sa souplesse et à son élasticité.

Enfin, l'absence de parties rigides permet de la supporter aussi bien au lit que debout.

La pose de la bande est susceptible de variations, commandées par la coexistence ou non de l'aérocolie. Si la dilatation atonique est pure, la bande peut être posée sus-pubienne ou encore être étalée sur la paroi abdominale jusqu'à l'ombilic, comme le montrent les figures 7 à 26.

S'il existe de l'aérocolie, l'étalement sur la paroi abdominale gêne la malade et augmente la dyspnée préexistante ou la provoque, si elle n'existe pas. Il faut donc poser la bande sus-pubienne.

Peu à peu, à mesure de la disparition des gaz, la bande sera étalée de plus en plus haut, en avant, sans jamais dépasser l'ombilic.

Cette même bande pourra d'ailleurs servir ultérieurement de ceinture de grossesse.

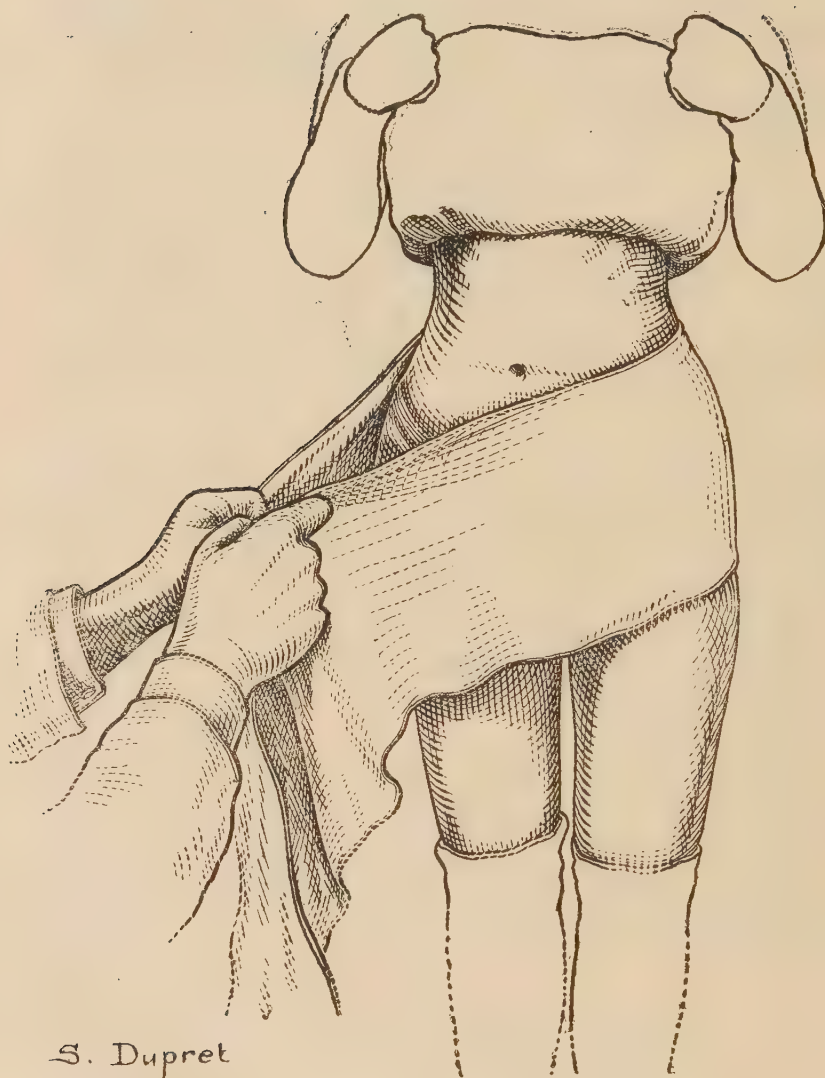


FIG. 7. — La malade étant debout, le médecin assis face à elle étale la bande de Crêpe en prenant comme points d'appui les crêtes iliaques.



FIG. 8. — Faire un nœud serré au-dessus du pubis, de manière à avoir un segment très court que la malade tiendra horizontalement et un segment long destiné à l'enroulement.

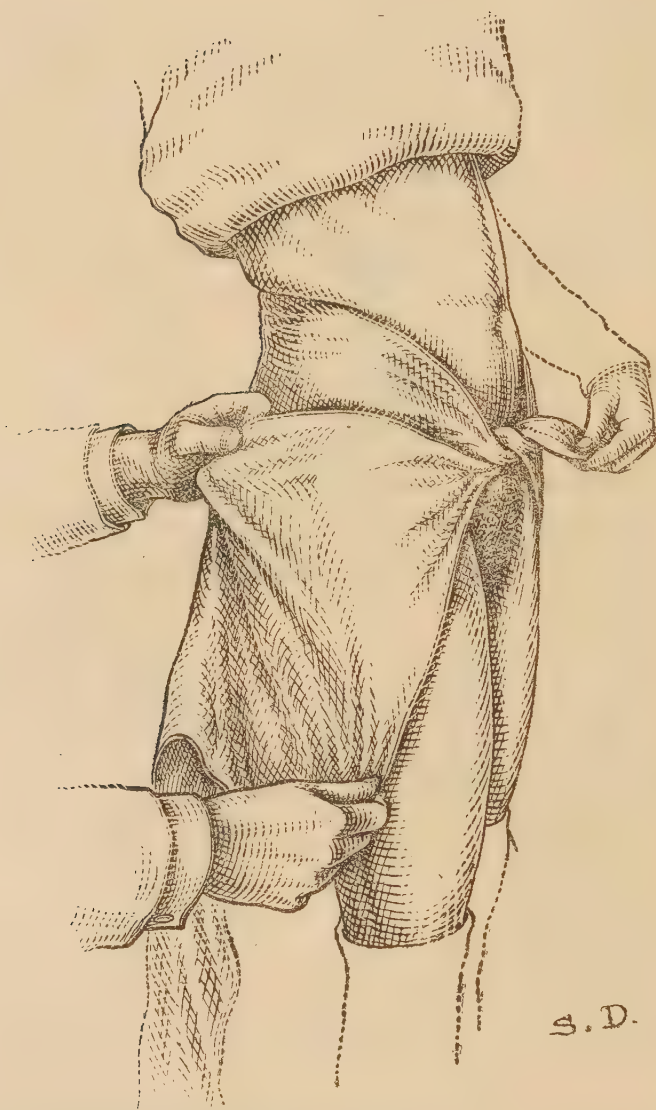


FIG. 9. — Etalement du segment long sur la hanche ; le tendre très énergiquement ; dès ce moment, la malade pivotera sur elle-même pour permettre l'enroulement.

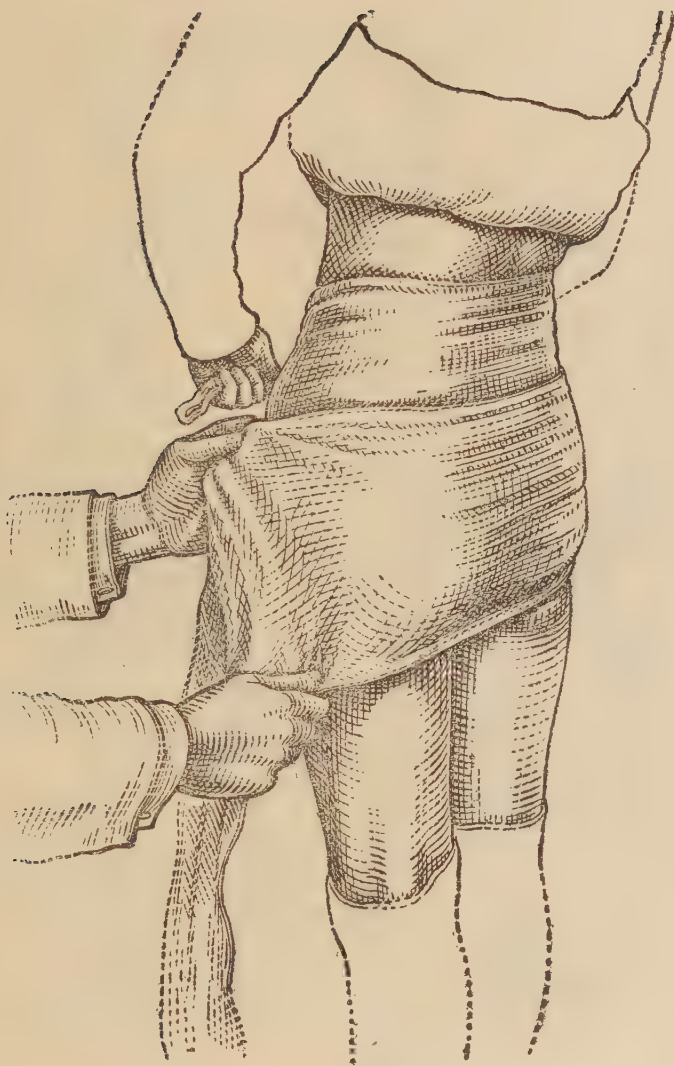


FIG. 10. — Continuer l'enroulement sur les fesses : la limite inférieure de la bande doit atteindre déjà les plis fessiers.

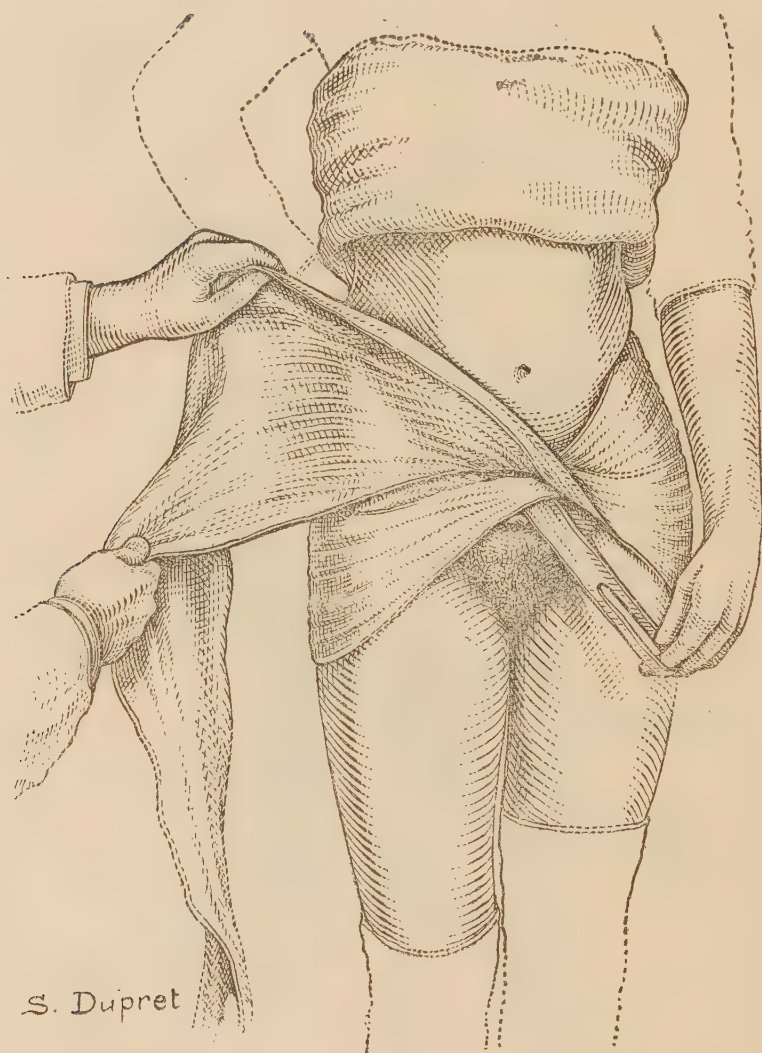


FIG. 11. — Contourner l'autre hanche et revenir ainsi sur la ligne médiane. Passer le segment long au-dessus du segment court attiré vers le bas par la malade.

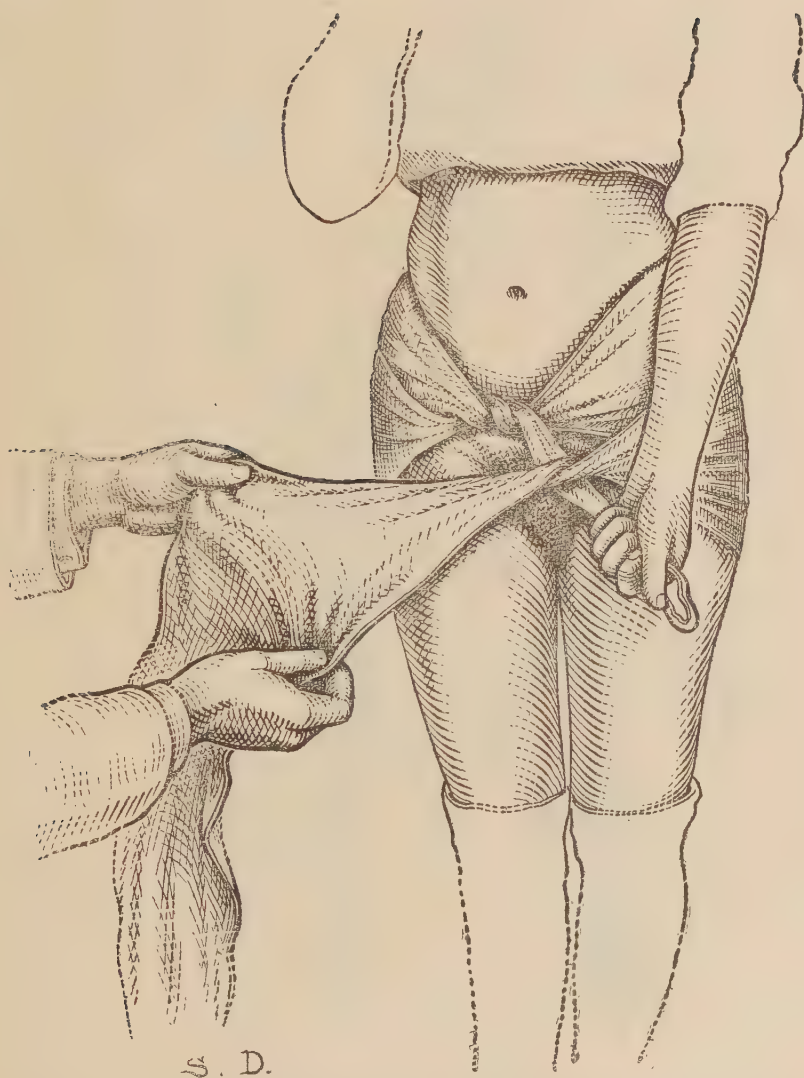


FIG. 12. — Pratiquer un mouvement de torsion de la bande sur elle-même.

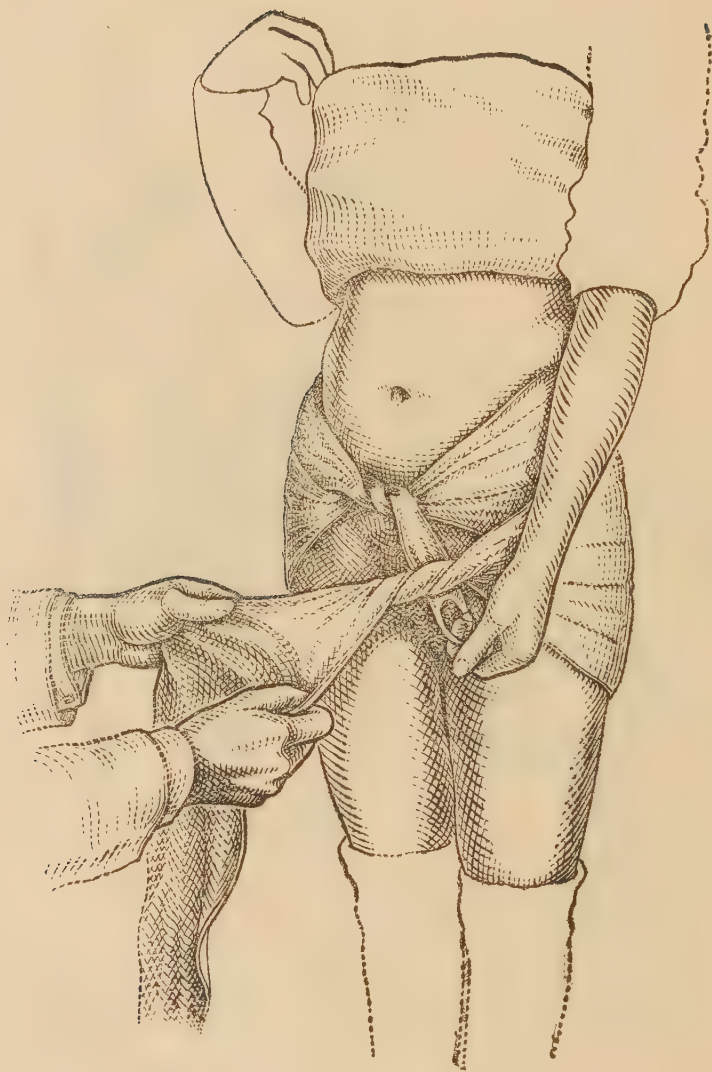


FIG. 13. — Répétition de la manœuvre précédente.
La bande rétrécie par ces manœuvres est appliquée au-dessus du nœud fait au début.

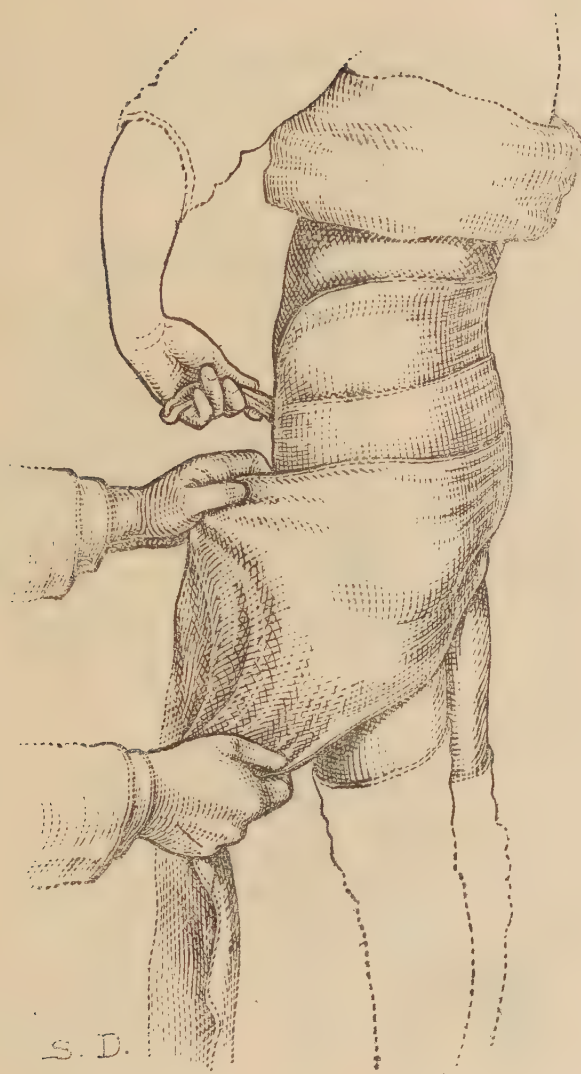


FIG. 14. — Continuer l'enroulement sur les hanches et les fesses en appliquant ce nouveau tour plus bas que le précédent. Il doit descendre largement au-dessous des plis fessiers.

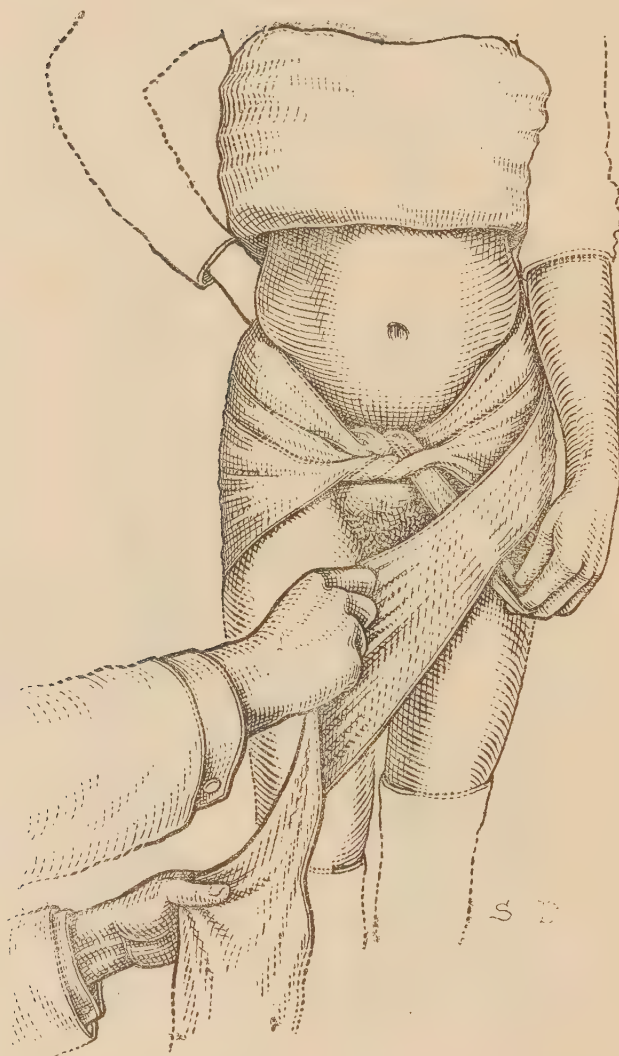


FIG. 15. — Rejoindre la ligne médiane.

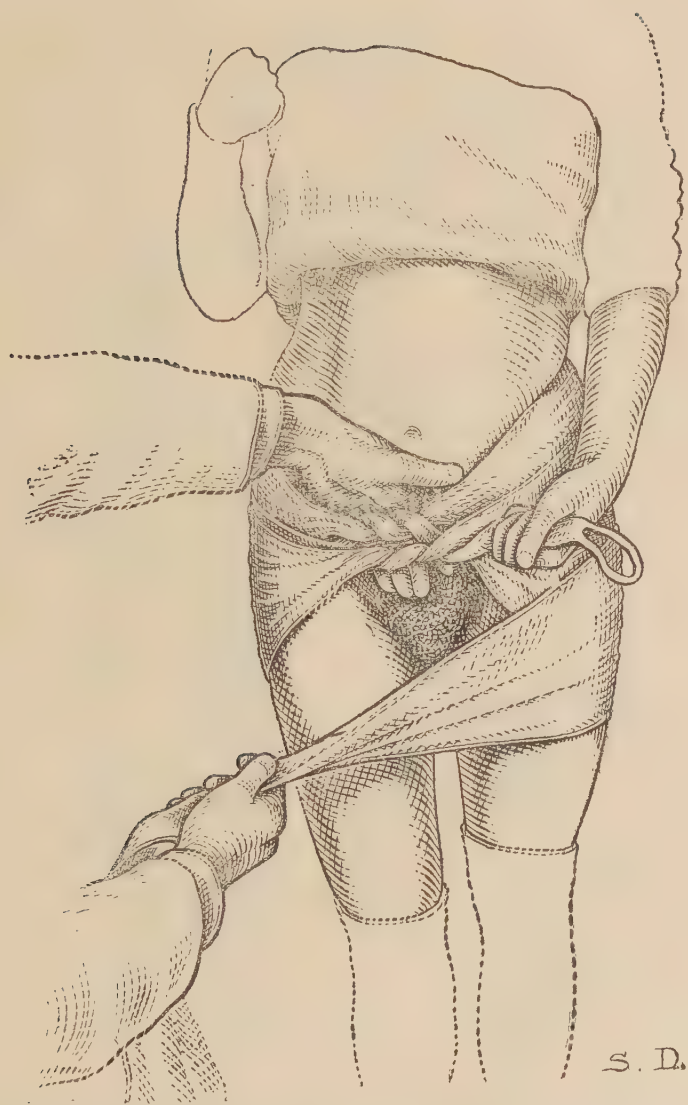


FIG. 16. — Glisser la main sur la ligne médiane entre la peau et les parties de la bande superposées horizontalement au-dessus du pubis.

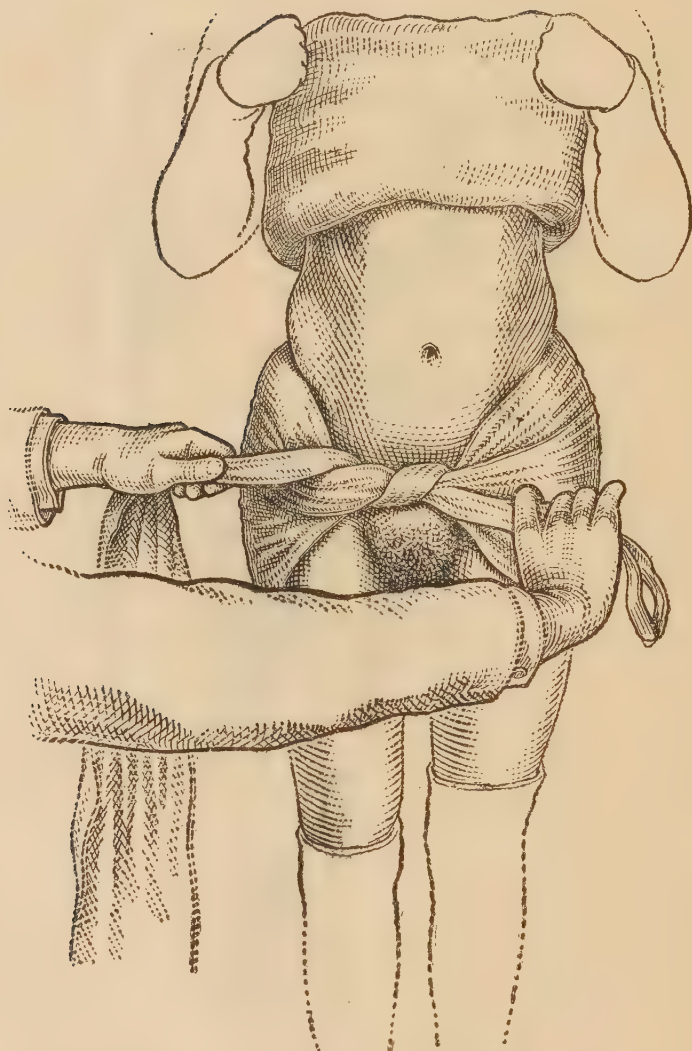


FIG. 21. — Exercer une traction horizontale forte sur les 2 segments pour serrer la bande au maximum.

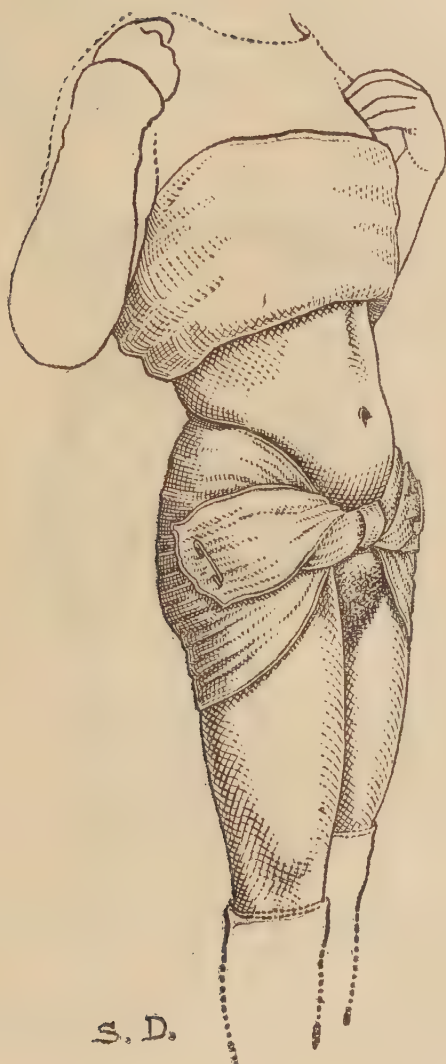


FIG. 22. — Fixer les deux extrémités à droite et à gauche avec des épingles de sûreté.

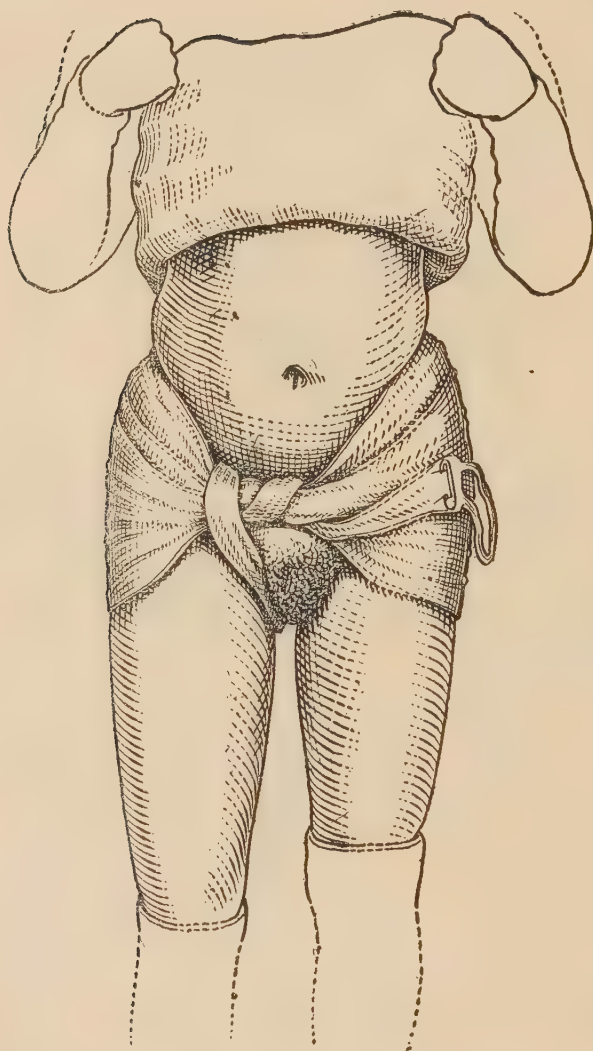


FIG. 23. — Ou encore passer le segment long en sous-cuisse, si sa longueur le permet.

DEUXIÈME MODE D'EMPLOI DE LA BANDE DE CRÈPE.

Le début de cette seconde forme d'application est le même que dans le premier mode d'emploi. Consulter les figures 7, 8, 9, 10.

Toutefois, l'enroulement sur les hanches et les fesses devra se faire très bas, l'enveloppement fessier total étant réalisé par un unique passage de la bande. En effet, les modifications dans la technique commencent dès l'instant où la bande revient vers la face antérieure du corps.

REMARQUES IMPORTANTES.

1. La pose terminée, s'assurer que la portion horizontale de la bande a une application nettement sus-pubienne ; en la déprimant, on doit déprimer en même temps la paroi abdominale.
2. Si la maigreur de la malade est telle que la bande ne réalise pas une compression efficace, on intercalera entre la bande et la peau une couche d'ouate d'une épaisseur suffisante pour assurer la compression indispensable.
3. La bande peut être posée sur une malade alitée, dans les mêmes conditions, mais avec un peu plus de difficulté.
4. Si la pose est effectuée en position debout et si la malade fatiguée ne peut aisément pivoter sur elle-même durant l'application, elle s'immobilisera et celui qui la pose se déplacera autour d'elle.
5. Pour faciliter la pose de la bande, sans aide, on pourra fixer à une des extrémités une boucle de toile (comme il est indiqué sur les figures) et immobiliser cette boucle en l'accrochant à une poignée de porte, à un crochet, etc. etc.
6. On pourra également, dans le même but, fixer le nœud sus-pubien avec une épingle de sûreté, ce qui assurera la liberté des deux mains.

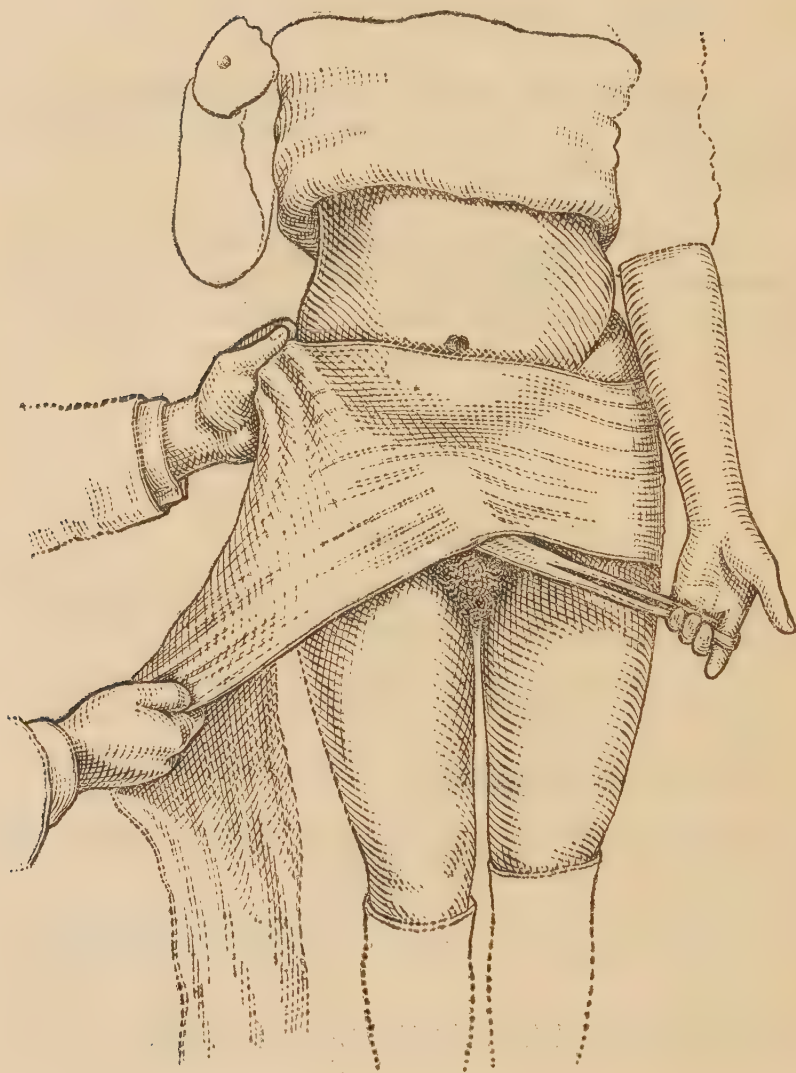


FIG. 24. — Conserver à la bande toute sa hauteur ; la tendre très fortement. Etalée, elle doit recouvrir l'abdomen du pubis à l'ombilic qu'elle ne dépassera pas.

Restant bien horizontalement placée, elle contournera le corps, reviendra en avant pour se superposer au segment précédent et ainsi de suite jusqu'à l'instant où elle est utilisée dans sa presque totalité.

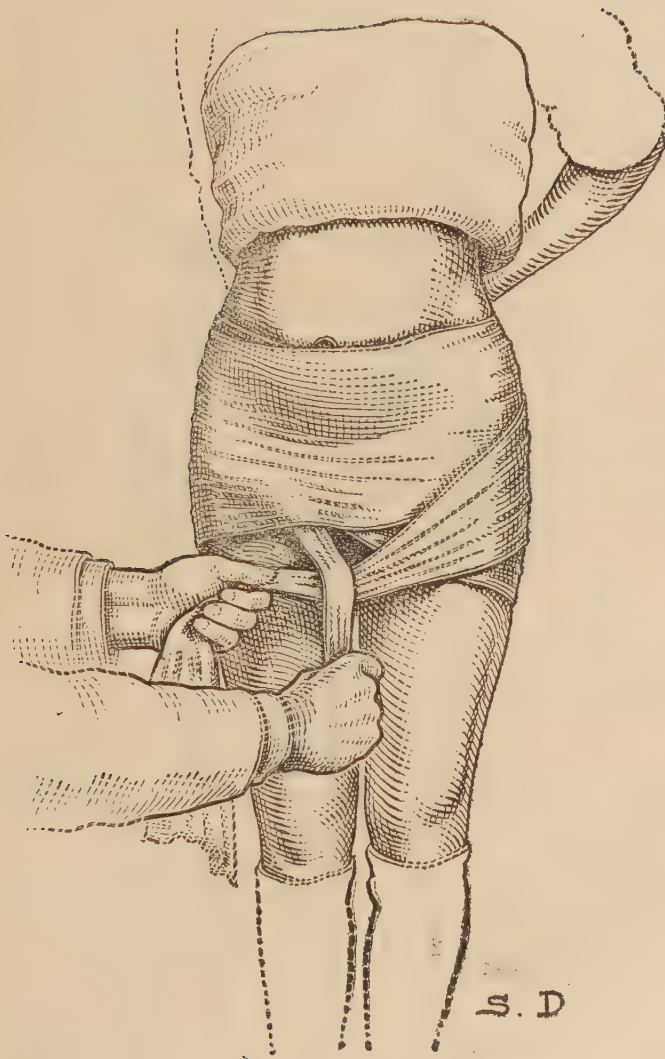


FIG. 25. — Terminer en faisant un nœud serré avec les 2 extrémités de la bande au niveau du pli de l'aîne.

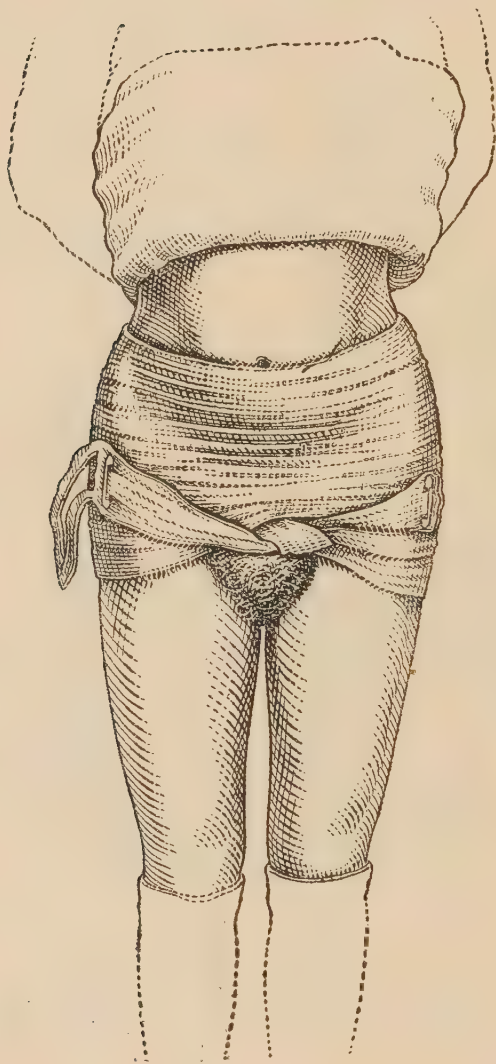


FIG. 26. — Les fixer avec des épingles de sûreté.

III

PRESCRIPTIONS COMPLÉMENTAIRES
TRAITEMENT DE L'HYPERESTHÉSIE CUTANÉE

Toutes les médications calmantes du système nerveux dont nous avons déjà parlé calment l'hyperesthésie cutanée, mais il y a parfois intérêt à utiliser l'aspirine comme complément dans les cas où cette hyperesthésie est très vive.

Ce médicament a, en effet, l'avantage d'avoir une action antinévralgique remarquable, sans effet soporifique notable. Nous le prescrivons à la dose de 2 grammes par 24 heures : deux comprimés de 0,50 centigrammes seront donnés au milieu du déjeuner et du dîner.

Malgré sa mauvaise réputation, injustifiée d'ailleurs, du point de vue gastrique, nous avons toujours observé que l'aspirine est fort bien tolérée, si elle est prescrite au milieu du repas et si son ingestion est suivie de l'absorption d'un ou deux morceaux de sucre.

Localement, nous pratiquons dans le derme des injections de novocaïne en solution à 2 pour 100 : 5 à 10 centimètres cubes de cette solution seront injectés par 24 heures en deux fois, l'injection étant faite aux points les plus douloureux, la région de la peau de l'abdomen correspondant au plexus solaire, le plus souvent, ou en d'autres points, s'il y a lieu.

Parfois une seule injection suffit pour supprimer cette hyperesthésie cutanée. Il est généralement utile de la renouveler durant 3 ou 4 jours.

Nous complétons cette thérapeutique cutanée par l'application d'une couche épaisse de vaseline sur l'abdomen ; nous recouvrons cette couche grasse de toile, et d'ouate

enfin. Chaleur et corps gras ont une action facilement vérifiable, tout à fait analogue à celle que l'on accorde aux pommades anesthésiques qui agissent plus par leur excipient que par la substance soi-disant active.

Chez certaines femmes grasses, l'hyperesthésie cutanée se complique de cellulite. Dans ces cas, nous adjoignons une massothérapie, extrêmement douce, homéopathique, suivant l'expression de notre maître LÉOPOLD-LÉVI, en l'utilisant deux à trois fois par jour, pour faire disparaître peu à peu l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Si la cellulite est suffisamment localisée, nous commençons par réaliser une anesthésie de la région à la novocaïne, ce qui nous permet d'effectuer un massage beaucoup plus brutal, sans aucune douleur. C'est ce que nous appelons « massage sous anesthésie ».

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

Nous avons vu que la constipation au cours des vomissements de la grossesse était une constipation d'épargne, une constipation physiologique. C'est dire pourquoi il faut éviter de lutter contre elle par des moyens violents.

Nous conseillons de la respecter totalement durant une semaine. Après ce laps de temps, pour éviter la difficulté de la selle due à la dessiccation des matières, plus encore pour rassurer la malade, nous donnons un lavement ainsi préparé :

Eau chaude.....	un verre
Lait.....	un demi-verre

A renouveler, si nécessaire, le lendemain.

Les mouvements respiratoires étudiés plus haut ont également une action utile contre la constipation. En diminuant l'aérocologie et en brassant l'intestin, ils facilitent l'acheminement des fèces et accélèrent ainsi le retour spontané de la première selle.

TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE AU DÉBUT DE L'ACCÈS NAUSÉÉUX.

Il est tout à fait important d'apprendre à la malade que le vomissement appelle le vomissement et que son intervention pour le réfréner est très utile.

Il importe de l'aider dans cet effort pour l'entraver, dès qu'une nausée paraît en annoncer la venue.

A cet effet, on conseillera de faire des exercices respiratoires complémentaires, en plus des séries prescrites ; on lui dira d'absorber de 5 en 5 minutes un verre à liqueur (20 grammes) d'eau de Seltz. Habituellement 4 à 5 petits verres suffiront.

V

M^{me} M... (vue avec le Dr Georges LABEY).

Grossesse de 3 mois. Vomissements sans arrêt depuis 8 semaines. *Type dilatation atonique*. Guérison totale le 5^e jour.

VI

M^{me} B... (vue avec le Dr de NABIAS).

Troisième grossesse (8 semaines). A vomi jusqu'à 4 mois et demi au cours des deux premières. A perdu 8 kilos au cours des semaines dernières ; forme grave. *Type dilatation atonique*. Guérison très rapide.

VII

M^{me} V... (vue avec le Dr DIGONNET).

Première grossesse (7^e mois). Vomissements très fréquents ; phlébite double. *Type dyspeptique avec aérophagie*. Guérison immédiate.

VIII

M^{me} D... (vue avec les Drs LANGERON, FAVREAU et VIENNE, de Lille).

Deuxième grossesse (2 mois et demi). A vomi 4 mois et demi au cours de la 1^{re}. Vomissements sans arrêt. Etat grave. *Type dilatation atonique avec aérophagie*. Guérison immédiate.

IX

M^{me} Leb... (malade du Dr Edm. LESNÉ).

27 ans. A vomi 9 mois durant la première grossesse. La seconde a 4 mois et demi : vomissements très nombreux ; la malade n'a rien conservé des aliments pris la veille de la première visite.

Type dyspepsie avec aérophagie. Après 24 heures de traitement, 5 vomissements ; cessation définitive le 5^e jour. Taux des urines : 350 grammes le 3^e jour ; 450 grammes le 4^e et 520 le 5^e.

X

M^{me} X... (vue avec le Dr Jean HUTINEL).

Vomissements durant 3 mois au cours des 2 premières grossesses.

La grossesse actuelle a un mois. Etat nauséux perpétuel. *Type dilatation atonique avec aérophagie.* Guérison immédiate.

XI

M^{me} D... (vue avec le D^r CHICANDART).

28 ans. Une première grossesse accompagnée de vomissements incoercibles s'est terminée par un avortement spontané à 3 mois et demi. Deuxième grossesse actuelle (3 mois). 15, 20 et même 30 vomissements par 24 heures. Un professeur de la Faculté a conseillé l'avortement. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XII

M^{me} D... (adressée par le D^r AUMONT, de Versailles).

25 ans. Première grossesse (2 mois). Les vomissements fréquents cessent dès l'application du traitement. *Type dilatation atonique.*

XIII

M^{me} X... (adressée par le D^r V. PAUCHET).

Plusieurs grossesses antérieures avec vomissements pénibles et très fréquents, jamais enrayés. Mêmes accidents actuellement. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XIV

M^{me} P... (vue avec le D^r PRUNIER, de Saint-Mandé).

Première grossesse (2 mois). Vomissements constants. Guérison immédiate. *Type dyspeptique avec dilatation atonique.*

XV

M^{me} R... (adressée par le D^r MULON).

24 ans. Grossesse de 4 mois. Etat nauséux perpétuel. *Type dilatation atonique avec aérophagie.* Guérison immédiate.

XVI

M^{me} R... (adressée par le D^r DUBRISAT).

33 ans. Première grossesse (2 mois). Vomissements très fréquents

depuis 3 semaines ; état nauséux permanent. *Type dilatation atonique*. Guérison totale le 7^e jour.

XVII

M^{me} de St-C... (adressée par le D^r Robert WALLICH).

25 ans. Première grossesse avec vomissements durant les 3 premiers mois et arrêt spontané. La grossesse actuelle a 6 semaines : état nauséux persistant et très pénible. *Type dilatation atonique*. Guérison immédiate.

XVIII

M^{me} X... (vue avec le D^r R. WALLICH).

25 ans. Deuxième grossesse (2 mois et demi). 5 à 6 vomissements quotidiens, état nauséux permanent, amaigrissement. Les vomissements de la 1^{re} grossesse avaient duré 5 mois. *Type dilatation atonique avec aérophagie*. Guérison immédiate.

XIX

M^{me} L. M... (adressée par le D^r Marcel FERRAND).

25 ans. La 1^{re} grossesse s'est terminée par un avortement spontané dû à des vomissements incoercibles. La grossesse actuelle est la seconde (2 mois). Vomissements graves ; dénutrition rapide. *Type dilatation atonique*. Guérison immédiate. Cette malade avait eu des vomissements acétonémiques de 7 à 10 ans.

XX

M^{me} X... (adressée par le Professeur NOBÉCOURT).

21 ans. Première grossesse (2 mois et demi). Etat nauséux perpétuel, dégoût des aliments. Vomissements. *Type dyspeptique*. Guérison immédiate.

XXI

M^{me} de Cl... (vue avec la Doctoresse MASSELIN).

Quatrième grossesse (6 semaines). Vomissements depuis le début devenus actuellement très graves. Au cours de 2 premières grossesses, les vomissements ont duré jusqu'à 3 mois et demi. La 3^e a motivé un

avortement pratiqué par un accoucheur des Hôpitaux de Paris, tant l'état était devenu grave.

A la 1^{re} consultation l'état est tellement semblable à celui qui a fait décider l'avortement que la même mesure semble devoir être envisagée. *Type dilatation avec aérophagie.* Guérison immédiate.

XXII

M^{me} C... (vue avec le D^r AUDARD).

Grossesse de 6 semaines. Nausées perpétuelles, sialorrhée extrême. *Type dilatation atonique.* Guérison rapide.

XXIII

M^{me} C... (vue avec le D^r CONSTENSOUX).

32 ans. 8^e grossesse. Vomissements au cours de toutes les grossesses et durant les 9 mois. *Forme dyspeptique.* Guérison en 5 jours.

XXIV

M^{me} de la B... (vue avec le D^r Em. BAUDOUIN).

25 ans. Première grossesse (2 mois). Vomissements fréquents avec état nauséux constant. Très affaiblie, très anémiée. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXV

M^{me} M... (vue avec le D^r CANOUET).

31 ans. A la 1^{re} grossesse vomit jusqu'à 4 mois et avorte spontanément. Grossesse actuelle (2 mois et demi). Vomissements très graves. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXVI

M^{me} M... (adressée par le D^r MICHEL, du Havre).

25 ans. Troisième grossesse (3 mois). Vomissements très fréquents. *Type dyspeptique pur.* Constipation depuis la 16^e année, laxatif quotidien. Guérison rapide des vomissements et guérison simultanée de la constipation qui persiste après l'accouchement.

XXVII

M^{me} M... (vue avec le D^r ARAGO).

28 ans. Première grossesse (2 mois). Ne garde plus un seul aliment depuis 15 jours. Amaigrissement de 10 kilos. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXVIII

M^{me} A... (vue avec le D^r ARIS, de Pau).

40 ans. Vomissements jusqu'à 3 mois et demi durant les 3 premières grossesses. Grossesse actuelle (2 mois). Etat nauséux perpétuel. *Type dyspeptique pur.* Guérison rapide.

XXIX

M^{me} B... (vue avec le D^r PELLET, de Senlis).

28 ans. Première grossesse (3 mois). Vomissements depuis 2 mois. Intolérance absolue depuis 33 jours. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXX

M^{me} B... (vue avec le D^r E. THIERCELIN).

Deuxième grossesse (un mois). Vomissements durant 3 mois au cours de la première. Actuellement vomissements pluriquotidiens. Anorexie totale. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXXI

M^{me} X... (vue avec le D^r BLANCSTEIN, de Colombes).

24 ans. Première grossesse (3 mois). Vomissements très graves depuis 3 semaines. *Type dilatation atonique.* Guérison immédiate.

XXXII

M^{me} T... (vue avec la Doctoresse BOHN).

23 ans. Une 1^{re} grossesse accompagnée de vomissements incoercibles a nécessité un avortement à un mois et demi. La 2^e grossesse actuelle s'accompagne d'accidents aussi graves ; la malade ne con-

serve plus un seul aliment, ni une seule boisson. *Type dilatation atonique avec aérophagie.* Guérison immédiate.

Rappelons ici qu'en février 1931, mon père recevait déjà des statistiques également démonstratives d'observations prises par des accoucheurs ou des médecins. C'est ainsi que le Dr Desnoyers, accoucheur des Hôpitaux de Paris, lui communiquait une série de 26 cas dont 12 légers 8 moyens et 6 graves, ajoutant que « les cas graves étaient ceux qui normalement légitiment l'avortement et qu'un quart des cas moyens en eût paru également justiciable. »

Le Dr Delestre lui envoyait une série de 13 cas dont 6 légers, 4 moyens et 3 très graves. Le Dr Henri Leclerc avait réuni 6 observations dont 4 concernaient des cas d'une gravité extrême.

Rappelons enfin la statistique du Dr Rudaux, si belle et si démonstrative, à laquelle il fit allusion au cours de sa leçon à la Clinique Baudeloque, où il exposa la technique décrite dans cette thèse.

Conclusions.

I. Les vomissements de la grossesse sont des vomissements dyspeptiques par irritation du plexus solaire.

II. Cette irritation du plexus solaire est réalisée sous l'influence de modifications endocrino-nerveuses en rapport avec la grossesse, sous l'influence d'erreurs alimentaires, sous l'influence, enfin, d'une épine irritative, la plus habituelle étant la dilatation atonique de l'estomac.

III. Les vomissements de la grossesse se présentent sous trois types cliniques : un type dyspeptique pur, un type dyspeptique avec aérophagie, un type dyspeptique avec dilatation atonique de l'estomac.

L'association de la dilatation gastrique et de l'aérophagie a une assez grande fréquence.

IV. Ces vomissements sont curables, même dans les formes les plus graves,

La thérapeutique exposée dans cette thèse donne des résultats si constants que cette affirmation est légitime.

Cette même thérapeutique aidera à les enrayer, dès leur apparition, les empêchant de devenir peu à peu graves ou très graves.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

OUVRAGES CONSULTÉS.

- ALBECK : Hypothyroïdie et vomissements incoercibles. *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 47.
- ANDÉRODIAS : Vomissements incoercibles de la grossesse. *Journal médical français*, 10 janvier 1912.
- ANDRÉ : De la sialorrhée. Thèse de Paris, 1898.
- AUDEBERT et DALÉAS : La suggestion dans les vomissements de la gestation. *Revue française de Gynéc. et d'Obstétrique*, octobre 1926.
- BARBARROUX : Traitement des vomissements de la grossesse. *Marseille médical*, 1925, p. 1894-1899.
- BAUDOIN : Vomissements de la grossesse d'origine surrénale. Thèse de Paris, 1912.
- BELoux. : De l'origine habituellement névropathique des vomissements incoercibles et leur traitement par la psychothérapie. Thèse de Paris, 1913.
- BESSET : Vomissements incoercibles chez les hystériques. Thèse de Paris, 1887.
- BIENFAIT : Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. Thèse de Paris, 1895.
- BRINDEAU : L'appendicite au cours de la grossesse. Leçon à la Clinique Tarnier, 1926.
- BRINDEAU et LANTUÉJOUL : Vomissements incoercibles de la grossesse. *Paris médical*, 21 juin 1924.
- BURNIER : Théories pathogéniques de la toxémie gravidique. *La Clinique*, 1911, p. 1-7.
- CANOUEt : Etude critique des méthodes de traitement des vomissements graves de la gestation. Thèse de Paris, 1923.
- CARDOT : Kystes du corps jaune et vomissements de la grossesse.
- CATHALA : Les rétrodéviations de l'utérus et leur traitement pendant la grossesse et après l'accouchement. Leçon à la Clinique Tarnier, 1927.

- CHAZETTE : Thérapie ovarienne. *Vie médicale*, octobre 1930, p. 973.
- CLOGNE : Contribution à l'étude des fonctions du foie au cours de la grossesse. Leçon à la Clinique Tarnier, 1924.
- COBART DANNEVILLE : Entraînement respiratoire spirosopique dans les vomissements de la grossesse. Thèse de Paris, 1919-1920.
- CORNIC : A propos de la constipation physiologique. Thèse de Paris, 1927.
- COZE : Vomissements incoercibles de la grossesse. Contribution à l'étude de quelques traitements récents. Thèse de Lyon, 1902.
- CRAINICIANU : Relations entre la sécrétion interne de l'ovaire et le tonus du système nerveux végétatif. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, 7 mai 1924.
- DALCHÉ : Tachycardie d'origine génitale chez la femme ; pseudo-hypothyroïdie. *Sciences médicales*, 30 novembre 1929.
- DAUTREBANDE : L'acidose. XVIII^e Congrès français de Médecine (rapport). Nancy, juillet 1925.
- DEMARET : Evolution des toxines gravidiques après la mort du fœtus et pendant la rétention *in utero*. Thèse de Paris, 1925.
- DEMLIN : Causes et prévention des vomissements de la grossesse. *La Médecine*, 27 avril 1927.
- DEVRAIGNE : Le sang dans les vomissements incoercibles. *L'Obstétrique*, mai 1909.
- DOLÉRIS : Ptoses génitales. *La Gynécologie*, 1903, p. 289.
- DUBRISAY et JEANNIN : Précis d'Accouchement. 7^e édition. Paris, 1930.
- ECALLE et BARBERO : Vomissements gravidiques. *Revue générale de la Gazette des Hôpitaux*, 8 et 15 décembre 1923.
- FERRON : Vomissements incoercibles. Thèse de Strasbourg, 1866.
- FERRU : L'ictère dans les vomissements de la grossesse. Thèse de Paris, 1926.
- Rôle de l'insuffisance hépatique. *Revue de Médecine*, 1926, p. 581-593.
- GAUTRET : Vomissements graves. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1922, p. 314-319.
- GERST : Contribution à l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1903.
- GUÉNIOT : Etiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Archives de Tocologie*, octobre 1889, p. 745-769.

- GUILLAUME : Vagotonie, Sympathicotonie, Neurotonie. 2^e édition. Paris, 1928.
- HAGE : Les vomissements incoercibles sont-ils toujours d'origine pithiatique. Thèse de Paris, 1928.
- HENROTAY : Traitement des vomissements gravidiques. *Gynécologie et Obstétrique*, 1925, p. 392-395.
- Nouveau traitement des vomissements incoercibles. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1922, p. 226.
- JACCOUD (Dictionnaire) : Article inanition et article vomissements de la grossesse, 1875.
- JORIS : L'hypophyse au cours de la gestation. *Bull. de l'Ac. royale de Médecine de Belgique*. Bruxelles, 1908, p. 823-846.
- KAISER : Entéroptose, asthénie et pression abdominale. *La Gynécologie*, 1911, p. 273.
- KIEFFER : Le système nerveux de l'utérus. Leçon faite à la Clinique Tarnier, 1924.
- KREIS : Tonus sympathique et parasympathique en relation avec les troubles de la menstruation. *Gynécologie et Obstétrique*, 1922.
- LABBÉ, HUTINEL et NEPVEUX : Insuffisance hépatique avec acidose au cours de la grossesse. *Paris médical*, 1921.
- LACOURBAS : Traitement par les extraits du corps jaune. Thèse de Paris, 1919.
- LAIGNEL-LAVASTINE : Recherches sur le Plexus Solaire. Thèse de Paris, 1903.
- Introduction à l'étude du sympathique en gynécologie. *La Gynécologie*, 1924, p. 641.
- LEBAR : Hyperesthésies systématisées et troubles connexes. Thèse de Paris, 1906.
- LEHMANN : Traitement opothérapique. *Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst.*, 1925, p. 485.
- LE LORIER : Contribution à l'étude pathogénique de l'intoxication gravidique. *L'Obstétrique*, novembre 1912.
- Traitement des vomissements de la grossesse. *La Médecine*, 1921, p. 535.
- Exposé de quelques recherches concernant la pathogénie, le pronostic et le traitement des vomissements graves de la gestation. Leçon faite à la Clinique Tarnier, 1924.
- LÉOPOLD-LÉVI : Nervosisme et glandes endocrines. Paris, 1931. Edit. de *l'Esprit médical*.
- Ovaire et endocrines en Gynécologie. *Esprit médical*, mars-avril, mai, juin 1931.

- LEQUEUX, A. WEILL et LAUDAT : Un cas de vomissements gravidiques à caractère incoercible avec acidose, traité par l'insuline. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, n° 5.
- LEVEN (Manuel) : Traité des maladies de l'estomac. Paris, 1879.
- La névrose. Paris, 1887. Masson éd.
- LÉVY SOLAL et PARAF : Vomissements graves de la gestation et anaphylaxie. *Paris médical*, 22 septembre 1923.
- LÉVY SOLAL et RAVINA : Formes cliniques des vomissements graves de la gestation. *La Médecine*, mars 1926.
- LÉVY SOLAL et LELOUP : Vomissements graves de la grossesse traités avec succès par la pilocarpine. *Paris médical*, 22 septembre 1923.
- LÉVY SOLAL, DALSACE et COHEN SOLAL : Pathogénie des Vomissements gravidiques. *Paris médical*, 28 mai 1927.
- LÉVY SOLAL : Désensibilisation par la peptone de Witte. *Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1928, p. 27-36.
- LÉVY SOLAL et HADGES. — Tubage duodénal dans les affections du carrefour sous-hépatique au cours de la gestation. *Paris médical*, 7 avril 1928.
- LEYNEN : Ovaire et système neuro-glandulaire de la vie organo-végétative. *La Gynécologie*, 1923, p. 577.
- LANTUÉJOUL : Vomissements graves et psychothérapie. Leçon faite à la Clinique Tarnier, 1924.
- LUEZ : Traitement des vomissements de la grossesse bénins et graves, reconnus d'origine nerveuse. Thèse de Paris, 1893.
- LYON (Gaston) : Troubles digestifs d'origine endocrinienne et sympathique. *Bulletin médical*, 1921.
- MADELAINE : Les vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1902.
- MATHIEU et J.-Ch. ROUX : La sialorrhée nerveuse. *Gazette des Hôpitaux*, 6 juin 1905.
- L'inanition chez les dyspeptiques et les nerveux. Masson, Gauthier Villars éd.
- MAUBAN : Acétonurie. Thèse de Paris, 1904-1905.
- L'aérophagie. Steinheil éd. Paris, 1910.
- METTEY (P.) : Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. Thèse de Paris, 1903.
- METZGER : Du psychisme au cours de la puerpéralité. Leçon à la Clinique Tarnier, 1929.
- MOLLIÈRE : Troubles digestifs de la puberté et de la grossesse. *Lyon médical*, juin 1930, p. 749-751.

- MOULONGUET-DOLÉRIS : La glande à sécrétion interne de l'ovaire humain. *La Gynécologie*, 1923, p. 129.
- MOUTIER : Sympathicotomie et vagotonie dans les affections digestives. *Bulletin médical*, n° 9, 1922, p. 158.
- Système endocrine en pathologie digestive. *Bulletin médical*, n° 48, 1926, p. 1303.
- NAAMÉ : Traitement par opothérapie. *Bulletin gén. de Thérapeutique*, 1921, p. 439.
- Vomissements similigravidiqes. *Revue gén. de Clinique et de Thérapeutique*, 1916, p. 807.
- PARISOT et FRUHNSHOLZ : Anomalies de la fonction thyroïdienne dans ses rapports avec la gestation. *Gynécol. et Obstét.*, 1921, p. 169.
- PERILLIAT BOTONNET : Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. Thèse de Paris, 1909.
- PESCHER (J.) : L'entraînement respiratoire par la méthode spiros-copique 2^e éd. Maloine édit.
- PETIT-DUTAILLIS : Le facteur sympathique et les troubles purement fonctionnels et trophiques en gynécologie. *La Gynécologie*, 1924, p. 705.
- Le facteur endocrine en physiologie pathologique. *La Gynécologie*, 1925, p. 637 et 717.
- PIERRHUGUES : Etude critique des vomissements incoercibles gravidiques. Thèse de Paris, 1902.
- PIGEAUD et FOULLOUZE : Modification du coefficient de Maillard. *Lyon médical*, juin 1930, p. 749.
- PONSON : Contribution à l'étude du traitement diététique des vomissements graves de la grossesse. Thèse de Lyon, 1906.
- PRON : Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. Paris, 1901. Rousset édit.
- RAFFRAY : Les déséquilibres du système nerveux. Paris, 1903. Asse-lin et Houzeau édit.
- ROGER et BINET : Traité de Physiologie ; sécrétions internes, 1928 et reproduction 1927. Masson édit.
- ROUILLARD et HELOUIN : Contribution à l'étude de l'acétonémie gravidique. *La Gynécologie*, 1924, p. 343.
- SCHICKELÉ : Toxémie gravidique ou choc obstétrical. *Gynéc. et Obstét.*, septembre 1924.
- La biologie de la grossesse. *Pratique de l'art des Accouchements*, 1929. Vigot édit.

- SCHNELLBACH : Vomissements sympathiques de la grossesse. Thèse de Strasbourg, 1847.
- SENDRAL : Sur les vomissements gravidiques ; celles qui ne vomissent pas. Thèse de Montpellier, 1916.
- SERGENT, LIAN : Rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements incoercibles. *Presse médicale*, 11 décembre 1912.
- SIREDEY : Les rétrodéviation de l'utérus. Leçon à la clinique Tarnier, 1926.
- SOUBEN (Léon) : A propos des vomissements gravidiques. *Mouvement médical régional*, 15 mai 1929.
- TISON : Syndrome d'inanition et de carence alimentaire. Thèse de Paris, 1921.
- TOUPET : L'appendicite, cause de vomissements. *Journal de Médecine de Paris*, 1925, p. 981.
- VIGNES : Alimentation de la femme au début des vomissements. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1919, p. 29.
- Foie et gestation. *Revue internat. de Méd. et de Chirurgie*, 1921, p. 135.
 - Glandes endocrines et système nerveux végétatif au cours de la grossesse. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, février 1927, p. 99.
 - Thyroïde, surrénale, hypophyse au cours de la gestation. *Gazette méd. du Centre*, 15 avril 1925.
- VORON : Eléments de pronostic. *Journal de Méd. de Lyon*, juillet 1930, p. 389.
- WALLICH : Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1909, p. 193.
- ZOELLER : Vomissements gravidiques. *La Clinique*, 1924, p. 146.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	Pages 9
--------------------	------------

I

GÉNÉRALITÉS	13
-------------------	----

II

THÉORIE GASTRIQUE DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

Genèse des conceptions de Manuel et de Gab. LEVEN	23
Recherches de quelques auteurs	28

III

ETUDE CLINIQUE DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE

I. La forme dyspeptique pure : douleur solaire, tension douloureuse, pesanteur, dyspnée, brûlures, faim, nausées et vomissements. Observation type	33
II. La forme dyspeptique avec aérophagie : rôle de la sialorrhée ; symptômes cliniques de l'aérophagie ; les vomissements chez les aérophages. Observations types	42
III. La forme dyspeptique avec dilatation atonique de l'estomac. Etude morphologique des ptosées. La « Douleur-Signal ». Symptômes orthostatiques liés à la dilatation atonique. Aérophagie et dilatation atonique. Observation type	55

IV

INTERPRÉTATION DE QUELQUES SYMPTÔMES PARAISSANT AU COURS
DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

I. La constipation	71
II. Les urines, l'oligurie physiologique	74
III. Fièvre et tachycardie	76
IV. L'ictère	78
V. L'acétonurie	79
VI. L'amaigrissement	81

V

ÉTUDE CRITIQUE DES CONCEPTIONS PATHOGÉNIQUES
DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

I. Théorie réflexe	85
II. Théorie rattachant les vomissements aux phénomènes de choc	88
III. Théorie toxique : l'hépatotoxémie, la villotoxémie ..	90
IV. Théorie nerveuse	96

VI

TRAITEMENT.

I. Prescriptions générales : le repos au lit, le régime alimentaire, les médications	110
II. Prescriptions spéciales : le traitement de l'aérophagie, le traitement de la dilatation atonique ; le relèvement gastrique réalisé avec une bande de Crêpe	115
III. Prescriptions complémentaires : traitement de l'hyperesthésie cutanée ; traitement exceptionnel de la constipation ; traitement de l'accès nauséux au début.	139

VII

Quelques observations résumées	143
CONCLUSIONS	151
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	153

